

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

144

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 12 janvier 1899, à 1 heure*

Par FERDINAND TULASNE

Né à Gizeux (Indre-et-Loire) le 31 mars 1869.

Ancien externe de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Ancien interne de l'Asile public de Maine-et-Loire

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES GLANDULAIRES  
DU PANCRÉAS

*Président : M. LE DENTU, professeur.*

*Juges : MM. } BERGER, professeur  
QUENU et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 12 janvier 1899, à 1 heure*

Par FERDINAND TULASNE

Né à Gizeux (Indre-et-Loire) le 31 mars 1869.

Ancien externe de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Ancien interne de l'Asile public de Maine-et-Loire

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

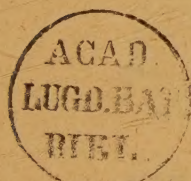
KYSTES GLANDULAIRES  
DU PANCRÉAS

---

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. : BERGER, professeur  
QUENU et ALBARRAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*



---

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—  
1899

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |                      |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                 | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                           | <b>MM.</b>           |
| Anatomie. . . . .                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie . . . . .                                                  | CH. RICHET.          |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                   | BLANCHARD.           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | HUTINEL.             |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | DEBOVE.              |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE.         |
| Histologie. . . . .                                                    | CORNIL.              |
| Opérations et appareils . . . . .                                      | MATHIAS DUVAL        |
| Matière médicale et pharmacologie. . . . .                             | TERRIER.             |
| Thérapeutique . . . . .                                                | POUCHET.             |
| Hygiène . . . . .                                                      | LANDOUZY.            |
| Médecine légale. . . . .                                               | PROUST.              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | BROUARDEL.           |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | LABOULBENE.          |
|                                                                        | CHANTEMESSE.         |
| Clinique médicale. . . . .                                             | POTAIN.              |
|                                                                        | JACCOUD.             |
|                                                                        | HAYEM.               |
|                                                                        | DIEULAFOY.           |
| Maladie des enfants. . . . .                                           | GRANCHER.            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | FOURNIER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . |                      |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | JOFFROY.             |
|                                                                        | RAYMOND.             |
|                                                                        | DUPLAY.              |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | LE DENTU.            |
|                                                                        | TILLAUX.             |
|                                                                        | BERGER.              |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | PANAS.               |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | GUYON.               |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | PINARD.              |
|                                                                        | BUDIN.               |

## Agrégés en exercice.

|                |              |           |           |
|----------------|--------------|-----------|-----------|
| <b>MM.</b>     |              |           |           |
| ACHARD.        | DESGREZ      | LEJARS    | THIROLOIX |
| ALBARRAN.      | DUPRE        | LEPAGE    | THOINOT   |
| ANDRE          | FAURE        | MARFAN    | VAQUEZ    |
| BONNAIRE       | GAUCHER      | MAUCLAIRE | VARNIER   |
| BROCA (Aug.)   | GILLES DE LA | MENETRIER | WALLICH   |
| BROCA (André). | TOURETTE     | MERY      | WALTHER   |
| CHARRIN        | HARTMANN     | ROGER     | WIDAL     |
| CHASSEVANT     | LANGLOIS     | SEBILEAU  | WURTZ     |
| PIERRE DELBET  | LAUNOIS      | TEISSIER  |           |
|                | LEGUEU       | THIERRY   |           |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

*Par délibération en date du 9 décem.<sup>bre</sup> 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux  
Membre de l'Académie de médecine  
Officier de la Légion d'honneur



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES GLANDULAIRES DU PANCRÉAS

---

INTRODUCTION

Le 4 février 1898, entrant à l'hôpital Necker, salle Lenoir, dans le service de Monsieur le professeur Le Dentu, une jeune femme âgée de 24 ans, présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie interne très grave. Le médecin qui l'envoyait avait formulé, avec beaucoup de réserve d'ailleurs, le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Quoiqu'il en fût, M. Morestin, alors chef de clinique, fit la laparotomie d'urgence, et constata l'existence dans le ventre de la malade d'une grosse collection plutôt séro-sanguinolente que sanguine. Comme ce liquide occupait plutôt le petit bassin ; comme d'autre part il n'y

avait aucune trace de tumeur et que l'une des trompes était ecchymosée, on fit à ce moment le diagnostic probable d'hématocèle.

Les suites opératoires de cette première intervention furent parfaites, et la malade sortit de l'hôpital au bout de vingt-cinq jours complètement guérie.

Malheureusement cette guérison ne devait pas se maintenir longtemps. Le 19 octobre 1898, en effet, la malade entra de nouveau dans le service de M. le professeur Le Dentu. Cette fois, elle se plaignait surtout de troubles digestifs extrêmement accusés et de l'existence d'une tumeur située au-dessous des fausses côtes droites. C'est à ce moment que nous vîmes la malade pour la première fois. M. Morestin, alors chirurgien des hôpitaux, chef de service en l'absence de M. le professeur Le Dentu, examina cette femme devant nous ; il conclut, après un examen minutieux et irréprochable, au diagnostic probable de kyste hydatique du foie.

L'opération fut pratiquée le 21 octobre par M. Morestin, qui après avoir fait la laparotomie médiane, sus-ombilicale, constata nettement qu'il s'agissait, non pas d'un kyste du foie, mais d'un kyste du pancréas ; le kyste fut incisé, vidé et marsupialisé. La malade guérit.

Cette seconde intervention permit alors de rectifier sûrement le diagnostic fait après la première intervention. Il était évident, en effet, que le liquide séro-sanguinolent trouvé dans le ventre de la malade était dû, non pas à la rupture d'une grossesse tubaire, mais bien à la rupture du kyste pancréatique lui-même qui consécutivement s'était reformé.

A peu près à la même époque, M. le Dr Routier opérait dans son service de l'hôpital Necker, un malade porteur d'une tumeur abdominale liquide très volumineuse. Ce malade très cachectique ne tardait pas d'ailleurs à succomber et à l'autopsie l'on put constater que la tumeur liquide qui avait été drainée était rétro-péritonéale et dépendait du pancréas.

Ces cas extrêmement rares nous ont tout particulièrement intéressé et c'est pourquoi, après avoir fait de nombreuses recherches, nous avons choisi comme sujet de notre thèse : l'étude des kystes glandulaires du pancréas.

Mais avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nos premiers maîtres de l'Ecole d'Angers ont droit à toute notre gratitude, spécialement MM. les Drs Legludic, Thibault et Monprofit. Nous devons aussi un témoignage particulier à MM. les Drs Petrucci et Gilbert Petit, qui nous ont toujours montré une grande bienveillance pendant la durée de notre internat à l'asile public de Maine-et-Loire.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à nos chefs de service qui nous acceptèrent comme élève.

MM. Landouzy, Gingeot, Blum, Guyon, Routier, Monod, Le Dentu, Berger, Dieulafoy, Budin, Huchard, Mosny.

Que notre maître et ami, M. le Dr Marx, ancien interne des hôpitaux, veuille bien aussi recevoir tous nos remerciements pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués

et les marques de bienveillance qu'il nous a toujours données.

Nous prions M. le professeur Le Dentu de vouloir bien agréer l'expression de nos remerciements les plus respectueux pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

## DÉFINITION. HISTORIQUE

Les kystes glandulaires du pancréas se définissent par leur nom même et nous n'insisterions pas sur ce point de peu d'importance si, à côté d'eux, ne se trouvaient d'autres kystes de nature et d'étiologie mal déterminées et si nous n'avions trouvé dans les auteurs, au sujet de ces derniers, une singulière confusion : nous voulons parler des kystes hémorrhagiques ou hématiques.

A la vérité, il existe quatre variétés de kystes du pancréas : les kystes hydatiques dont nous trouvons de très rares observations, les kystes glandulaires qui font l'objet de ce travail, les kystes hématiques et enfin les kystes purulents.

Nous n'aurons pas de peine à éliminer ces derniers, la purulence n'apparaît dans ces kystes que secondairement, et elle peut manifester aussi bien dans les kystes hydatiques que dans les kystes glandulaires ou hématiques.

Mais il nous semble nécessaire de bien séparer les collections kystiques intra-glandulaires des kystes hématiques. Dans la plupart des observations que nous publions, on peut constater que le liquide est d'ordinaire d'un

brun rougeâtre, qu'on y trouve des hématies et des leucocytes en grand nombre. Sont-ce là des kystes hématiques ? Non, car ce liquide possède d'autres caractères : il transforme l'amidon en sucre, souvent il émulsionne les graisses ; il possède par conséquent les propriétés du suc pancréatique. Ainsi donc la présence de sang dans un kyste du pancréas ne suffira pas pour en faire un kyste hématique.

Nous rabattant sur l'étiologie de ces tumeurs, nous voyons que Beckel (1) à la suite de nombreux auteurs considère le traumatisme comme l'agent immédiat des hématomes du pancréas. Certes cela est vrai, mais nous pouvons constater d'autre part, par la lecture des observations, que le plus grand nombre des kystes dits glandulaires ont eux aussi comme origine (tout au moins la leur attribue-t-on) un coup, une chute sur l'abdomen ou sur le dos. Aussi, s'il nous était permis d'émettre une opinion, dirions-nous que toutes les fois qu'un kyste du pancréas évolue lentement, sans grand fracas, nous ne pouvons le considérer comme un kyste hématique. Nous trouvons dans le travail de Beckel plusieurs observations (entr'autres celles de Bécourt) qui, sans aucun doute, se rapportent à des épanchements de sang au niveau du pancréas. Mais nous voyons que ces cas débutent à grand fracas avec tous les phénomènes d'une hémorrhagie interne des plus intenses et que l'on pourrait comparer à l'hémorrhagie provenant d'une grossesse extra-utérine qui se

1. J. Beckel. *In kystes du pancréas.*

rompt. Pour nous c'est à ces cas qu'il faut conserver le nom de kystes hématiques. Quant à l'observation de M. le professeur Le Dentu, que Beckel range dans cette catégorie, nous croyons qu'il est préférable de l'envisager comme un kyste glandulaire puisque l'ouverture donna issue à « quatre ou cinq cuillerées d'un liquide muqueux mélangé du sang de la plaie ».

Il y a fort peu de temps, comme le dit Beckel, que les affections du pancréas ont attiré l'attention. On trouve quelques vagues indications à ce sujet dans les travaux de Morgagni (1), de Lieutaud, de Büchner, de Baeforth, de Hahn, de Siebold au XVIII<sup>e</sup> siècle.

C'est seulement au XIX<sup>e</sup> siècle, que les auteurs français s'occupent de cette question. Cruveilhier (2) en dit quelques mots dans son *Essai sur l'anatomie pathologique* et cite deux cas de dilatation du canal pancréatique par rétention, en insistant sur l'atrophie consécutive de la glande.

Mais à ce moment, et longtemps après du reste, toutes les affections du pancréas formaient un tout où il était difficile de faire une classification nécessaire.

Bécourt (3) a signalé dans sa thèse les premiers cas de kystes : nous en avons déjà parlé.

Mais, comme le dit Beckel, jusqu'à ces dernières années, les opérations abdominales étaient d'une telle gravité que la plupart des tumeurs péritonéales ou sous-péritonéales étaient ignorées ou donnaient lieu à des erreurs

1. Morgagni, *de sedibus et causis morborum*, Ep. LVIII, art. 12.

2. Cruveilhier. *Anatomie pathologique*. T. III, p. 365.

3. Bécourt. Thèse de Strasbourg, 1830.

de diagnostic. C'est seulement depuis que la laparatomie n'est plus fatalement mortelle que l'on osa la pratiquer avant même d'avoir reconnu exactement la nature de la tumeur et dans le but même de reconnaître cette nature. L'observation si intéressante de M. le professeur Le Dentu en 1865, est, pourrait-on dire, la première où l'intervention chirurgicale ait été tentée.

Depuis parurent les travaux importants de Senn (1) en 1885 et de Beckel (2) en 1890. Bien que nous n'acceptons pas entièrement les théories de ce dernier sur la nature des kystes, nous devons dire combien nous fut utile son mémoire.

La thèse de Roux en 1891, intitulée « *Etude anatomo-pathologique du cancer et des kystes du pancréas* » réagit contre la théorie des kystes par rétention. La communication de Hartmann (3) au Congrès de Chirurgie (1891) et le *Mémoire de Nimier* (4) sont conçus dans le même esprit. Enfin signalons encore une *Revue de Vergez* (5) en 1895 sur l'extirpation totale des kystes du pancréas et la thèse d'Adoue (6) soutenue il y a peu de temps à Bordeaux et qui nous a fourni d'utiles indications bibliographiques.

1. Senn. *The surgical treatment of cyst of the pancréas* (*Amer. Journal of medic science*), juillet 1885 et 1886.

2. Beckel. *In loco citato*.

3. Hartmann. Congrès de Chirurgie, 1891.

4. Nimier. *Revue de chirurgie*, 1893. T. III, pp. 617, 757, 1007. *Revue de chirurgie*, 1894, pp. 88, 94.

5. Vergez. *De l'extirpation totale des kystes du pancréas*, *Journal de méd. de Bordeaux*, 24 nov. 1894.

6. Adoue. Thèse de Bordeaux, 1897.

## ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Rien de plus confus que l'étiologie des kystes du pancréas ; il faut, du reste, ajouter que la plupart des observations sont muettes sur les circonstances qui ont précédé l'apparition de la tumeur.

Nous pouvons dire d'une façon générale que cette affection est plus fréquente chez l'adulte, nous avons cependant une observation de Fenger (1) qui se rapporte à un enfant de 8 ans ; d'autres nous montrent des vieillards. Aucune cause prédisposante ne peut sérieusement être invoquée ; certes Salzer (2) établit chez son malade un rapprochement entre une fièvre typhoïde et l'affection pancréatique ; Wolfler (3) attribue le sien à une gastro-entérite, mais sans rejeter l'origine intestinale et inflammatoire de ces kystes, nous croyons que pour conclure il faut des observations complètes ; nous n'en possédons pas.

Nous avons déjà signalé le fait que l'on trouve un trau-

1. Fenger. V. Observation XIII.

2. Salzer. V. Observ. XXXVIII.

3. Wolfler. V. Observ. XLV.

matisme à l'origine de beaucoup de kystes pancréatiques. Ici encore nous faisons de fortes réserves. S'agit-il d'une affection passée inaperçue et sur laquelle le traumatisme attire l'attention? Faut-il dire avec M. le professeur Le Dentu (1) « que l'affection du pancréas était, sans aucun doute, assez ancienne et que le traumatisme lui donne un coup de fouet » ?

Nous serions assez portés à nous rallier à cette opinion, mais encore, ajouterons-nous que ce n'est là qu'une hypothèse. Une autre question beaucoup plus importante puisqu'elle doit décider de la thérapeutique de ces kystes se pose : Avons-nous là affaire à une rétention de liquide pancréatique sous une influence quelconque, est-ce, au contraire, une affection kystique primitive qui se développe dans le pancréas comme elle se développe dans l'ovaire, c'est-à-dire est-ce une tumeur épithéliomateuse ?

La première théorie a été soutenue par Beckel ; cet auteur s'appuie sur des observations nombreuses. Il envisage les différentes causes de rétention, de compression ou d'oblitération du canal de Wirsung ; tantôt c'est une coudure du canal pancréatique, comme dans le cas de Engel, tantôt un état catarrhal. Cruveilhier (2), avait trouvé un néoplasme, un squirrhe de la tête du pancréas ; dans d'autres cas ce sont des calculs, des brides fibreuses résultant d'une inflammation ancienne.

Cette théorie était celle de Cornil (2), elle avait déjà

1. Le Dentu. *Bulletin de Société anatomique*, 1865.

2. Cruveilhier. V. observation VIII.

3. Cornil. *Histologie pathologique*, 1876.

été émise en Allemagne par Virchow (1) en 1887 ; cet auteur décrivait une grenouillette pancréatique analogue à la grenouillette linguale et réservait toute conclusion au sujet de la nature de ces kystes, lorsque, en 1891, Hartmann (2) vint faire au congrès de chirurgie, une intéressante communication.

Il conclut, après un examen histologique de Gilbert, que la plupart des kystes du pancréas doivent être, non pas des tumeurs par rétention, mais des tumeurs épithéliales en tout comparables aux kystes de l'ovaire.

En 1892, Thiroloix et Du Pasquier (3), apportèrent à la Société anatomique une observation de kystes multiples et conclurent ainsi : « Nous croyons pouvoir rapprocher cette transformation kystique de la glande pancréatique, de la maladie kystique des reins, du testicule, de la mamelle ».

Ainsi donc deux opinions, également discutées :

1° Les kystes sont de simples poches par rétention.

2° Les kystes sont au contraire de véritables tumeurs malignes.

Faut-il conclure ? Les observations apportées des deux côtés ne nous permettent pas de reconnaître fausse l'une ou l'autre des deux assertions. Certes, il doit exister, il existe des tumeurs kystiques malignes du pancréas, mais il existe aussi, cela n'est pas douteux, des kystes non malins. Ne savons-nous pas, en effet que le kyste de

1. Virchow. *Ueber Ranula pancreatica* (Berlin. Klin. Wochens. 1887 n° 14.

2. Hartmann. *In loc. cit.*

3. Thiroloix et Du Pasquier, 1892. V. Observation XXIX.

l'ovaire marsupialisé ne guérit pas, et nous verrons que pour les kystes du pancréas l'énucléation étant pour ainsi dire impossible, c'est à cette méthode de traitement que la plupart des auteurs s'arrêtent, et cependant la statistique générale accuse une proportion de guérisons relativement considérable.

Ceci nous semble probant et nous nous réservons au traitement de dire encore quelques mots à ce sujet.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous paraît difficile d'étudier le siège, l'évolution, la terminaison des kystes, sans avoir préalablement fait un rapide exposé anatomique de la région où ils se développent. Cet exposé nous expliquera pourquoi bien souvent ces tumeurs doivent passer inaperçues, pourquoi c'est seulement lorsque leur volume est considérable qu'elles deviennent perceptibles à celui qui les porte, pourquoi enfin leur thérapeutique doit être toute spéciale.

Le pancréas est une glande (la glande salivaire intestinale) qui se trouve placée au-dessous du diaphragme, à la partie postérieure et supérieure de la cavité abdominale. Beaucoup plus long que large, tendu transversalement en avant de la colonne vertébrale, il présente trois portions : l'une la tête, placée à droite, est enclavée pour ainsi dire dans l'anse formée par la deuxième et la troisième portions du duodénum ; l'autre, le corps, se trouve en avant des vertèbres lombaires, la troisième, enfin, plus ou moins effilée, la queue, accompagnée des vaisseaux spléniques, vient dans le flanc gauche jusqu'à la rate.

Le pancréas contracte des rapports importants avec les

organes qui l'entourent. La face antérieure, convexe, recouverte par le péritoine, est placée en arrière de l'estomac, dont elle est séparée par l'arrière cavité des épiploons. L'estomac recouvre en général complètement le pancréas en avant, cependant, il n'est pas rare de voir apparaître derrière la partie la plus déclive de la petite courbure stomacale, la tête de la glande. Dans ce cas, surtout si l'estomac était abaissé pathologiquement, un kyste pancréatique pourrait se placer au-dessous du foie, au-dessous et en arrière de la petite courbure. Au-dessous de l'estomac, le pancréas répond au colon transverse, ou plutôt à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon ascendant.

La face postérieure est concave, répond à la deuxième vertèbre lombaire dont elle est séparée par la veine splénique, la veine mésentérique supérieure et le commencement de la veine porte. Une gouttière très excavée loge ces veines, l'artère mésentérique supérieure et le plexus nerveux qui entoure cette artère ; nous trouvons encore à droite la veine cave, à gauche l'aorte, les piliers du diaphragme, quelques lymphatiques, enfin la colonne vertébrale et à sa gauche la capsule surrénale, les vaisseaux rénaux et le rein gauche.

Le bord supérieur loge l'artère splénique sinueuse ; la veine splénique, à peu près rectiligne occupe un plan un peu postérieur ; ces deux vaisseaux envoient de nombreux rameaux au pancréas.

Le bord inférieur est en rapport avec le bord supérieur de la troisième portion du duodénum dont il est séparé à gauche par les vaisseaux mésentériques supérieurs.

La tête embrassée par l'anse duodénale est située au devant du canal cholédoque qu'elle loge dans une gouttière creusée à cet effet.

Enfin la queue répond à la face interne de la rate à laquelle elle est reliée par l'épiploon pancréatico-splénique.

Nous n'insisterons pas sur les rapports avec le péritoine, nous rappellerons simplement que la face antérieure seule est accolée à la séreuse et que par conséquent le pancréas est extra-péritonéal.

Cette étude succincte nous suffira cependant pour montrer l'évolution des kystes.

Ceux-ci se développent ordinairement au niveau de la queue ou du corps de l'organe, rarement au niveau de la tête. Dans le cas de Koatz (1), seule la queue était intéressée, dans le cas de M. le professeur Le Dentu « la production morbide a pris naissance dans le corps du pancréas. »

Le développement se fait quelquefois avec une grande lenteur, Steele (2) rapporte l'observation d'un officier de police dont la tumeur fit son apparition en 1875 et se développa jusqu'en 1883. Dans d'autres cas, l'évolution est beaucoup plus rapide.

Cet accroissement progressif ne peut se faire en arrière, aussi est-ce du côté de la paroi abdominale antérieure ou latérale qu'apparaît la tuméfaction. Le plus souvent l'estomac se trouve en avant et en haut, le colon transverse en bas. Mais si le kyste est très volumineux, il peut

1. Koatz. V. observation XXXIX.

2. Steele, V. observation XXXIII.

refouler l'estomac en haut, tendre en avant de lui le colon transverse et même par la distension de cette portion d'intestin, déterminer de l'obstruction intestinale (cas de Lardy) (1). De même, si le kyste siège au niveau de la tête, il peut comprimer le duodénum et ainsi déterminer l'arrêt des matières. Dans l'observation de Wolfler (2) nous trouvons de l'ictère dû probablement à une compression du canal cholédoque.

Il est intéressant de noter l'absence de compression des gros troncs vasculaires, veine cave et aorte, mais la présence de battements au niveau de la tumeur est due à ces vaisseaux.

Le péritoine n'adhère pas toujours au kyste, mais souvent cependant ces adhérences ont empêché l'énucléation totale.

Le kyste est le plus souvent sessile, cependant Bozeman (3) rapporte le cas d'un kyste pancréatique pris pour un kyste ovarique et qui présentait un pédicule très vasculaire.

Enfin, il nous faut signaler les rapports intimes avec les vaisseaux du pancréas, car la rupture de ces vaisseaux ou plutôt de leurs nombreuses ramifications suffirait à nous expliquer que le contenu du kyste fut presque toujours teinté de sang; c'est du moins l'opinion de Th. Anger (4). « Dans son origine, ce n'était qu'une simple dila-

1. Lardy. V. observation XXXVI.

2. Wolfler. V. observation XLV.

3. Bozeman. V. observation XVIII.

4. Th. Anger. *Bulletin Soc. anatom.*, 1865, page 197 et observation X.

tation du cul-de-sac glandulaire. Peu à peu, la poche en se distendant a comprimé et atrophié les lobules voisins, le stroma fibreux de ces lobules, plus résistant, a persisté et formé ces cloisons réticulées que nous avons décrites à la face interne. Quelques-unes de ces cloisons, plus faibles, se sont rompues et le kyste de séreux est devenu sanguin ».

Nous avons dit, en effet, que le liquide ne contenait pas que du sang ; dans presque toutes les observations, il a, à peu près la composition du suc pancréatique, ou tout au moins, il en conserve les propriétés.

La quantité de liquide est très variable, de même que la grosseur du kyste. On en trouve ayant les dimensions d'une orange, on en voit par contre d'autres dont l'ouverture provoque l'issue de 15 à 20 litres de liquide.

La poche kystique est tantôt lisse, unie, sans lacunes ; tantôt au contraire elle est couverte de petites villosités, avec des brides plus ou moins solides. Dans le cas de Thieroloix, elle était multiloculaire.

Il nous reste un mot à dire de l'évolution des kystes.

Ils n'ont aucune tendance à la régression ; la ponction simple est le plus souvent insuffisante et le liquide se reproduit plus ou moins rapidement.

L'ouverture à la paroi abdominale fut observée par Thiersch (1) qui trouva une fistule aboutissant à la queue du pancréas.

L'ouverture dans le péritoine détermine d'ordinaire une péritonite mortelle ; cependant dans notre observa-

1. V. Observation XVII.

tion personnelle, le liquide séro-sanguinolent était descendu dans le petit bassin au point de simuler une hématocele, sans déterminer de réaction péritonéale très vive.

Dans l'observation de Bull (1), où du reste on ne pratiqua pas l'autopsie, on put constater l'affaissement de la tumeur après évacuation de matières noires par l'intestin et par conséquent communication du kyste avec le tube intestinal.

Nous signalerons un dernier point : après la suture de la poche à la peau et la formation d'une fistule on a observé à plusieurs reprises une véritable digestion des lèvres de la plaie. Ce fait est suffisant pour nous prouver l'origine pancréatique du kyste. C'est sans doute aussi par un processus analogue que se produisent le sphacèle et l'élimination de toute la portion extériorisée du kyste. Il faut ajouter du reste que ces phénomènes d'auto-digestion disparurent rapidement dans tous les cas.

1. Bull : V. Observation XXII.

## SYMPTOMES

Les anciennes observations relatives aux kystes du pancréas étaient généralement assez sommaires ; du moins au point de vue clinique ; aussi était-il impossible aux anciens auteurs de donner, d'après ces observations, très rares d'ailleurs, une description clinique même succincte. Il n'en est plus de même, fort heureusement aujourd'hui. Les quelques observations qui ont été publiées ces dernières années sont en effet fort complètes, et grâce à elles, il est aisé, à l'heure actuelle, d'établir une symptomatologie assez précise des kystes glandulaires du pancréas.

Nous distinguerons, dans l'évolution clinique de ces kystes, deux périodes :

- 1° Une période de début.
- 2° Une période d'état ou de tumeur.

### 1. PÉRIODE DE DÉBUT.

Le début clinique des kystes du pancréas est très variable suivant les cas.

Quelquefois il est brusque, sans cause connue, telle

que traumatisme ou gastro-entérite. On observe alors des douleurs abdominales extrêmement vives, habituellement localisées au creux épigastrique et qui cessent au bout d'un certain temps pour réapparaître plus tard sous forme d'accès plus ou moins nombreux, survenant à des intervalles plus ou moins considérables. Parfois, comme dans l'observation rapportée par Mathieu, ces douleurs rappellent absolument par leur forme, par leur siège et par leurs irradiations, les douleurs des coliques hépatiques, Friedreich et après lui d'autres auteurs ont désigné ces phénomènes douloureux sous le nom de « névralgies coeliaques », en les attribuant, à tort ou à raison, à une compression nerveuse.

D'autres fois, au contraire, le début est absolument insidieux, et c'est tout au plus si avant l'apparition de la tumeur, le malade s'est plaint de sensations vagues, de pesanteur épigastrique ou de plénitude gastrique.

Le plus souvent l'affection progresse lentement et généralement bien avant l'apparition de la tumeur on assiste à l'éclosion successive d'un certain nombre de symptômes communs d'ailleurs à la plupart des maladies du pancréas.

Comme le fait remarquer Beckel, ces symptômes dépendent habituellement de l'oblitération plus ou moins complète du canal de Wirsung. « Si celui-ci, dit-il, est totalement imperméable, nous aurons des troubles digestifs très accentués qui augmenteront au fur et à mesure que l'atrophie de la glande résultant de la compression exercée par le kyste fera des progrès plus sensibles. Dans le cas contraire, la glande restant saine et le canal excré-

teur étant encore per méable, les symptômes seront moins accusés » (1).

Quelquefois, en même temps que ces phénomènes douloureux cités plus haut, les troubles digestifs ouvrent la série. La malade a de l'anorexie, du dégoût marqué pour certains aliments, en particulier les aliments gras, des vomissements et de la diarrhée. Les vomissements présentent des caractères très variables : tantôt ils surviennent après les repas, ce sont alors des vomissements alimentaires ; tantôt ils surviennent à jeun, ce sont alors des vomissements bilieux. La diarrhée est particulièrement fréquente, elle est tantôt légère, tantôt très accentuée, comme le malade de Goodman qui avait des évacuations incessantes et involontaires de matières liquides ayant la consistance et l'aspect de l'huile douce.

Quelquefois apparaissent des hématomèses, et ces hématomèses caractérisées dans certains cas par le rejet de sang pur, comme dans l'observation personnelle que nous citerons tout à l'heure, rappellent alors les hématomèses de l'ulcère rond ; tandis que dans d'autres cas, elles sont caractérisées par le rejet de sang noir, altéré, couleur marc de café et rappellent alors les hématomèses du cancer de l'estomac.

Ces différents symptômes, anorexie, vomissements alimentaires, diarrhée, vomissements sanguins, sont déjà des symptômes inconstants ; la salivation, les vomissements graisseux, les urines graisseuses, le diabète et la stéarrhée constituent des symptômes tout à fait excep-

1. In Beckel : *des kystes pancréatiques*, p. 47.

tionnels. Deux seulement de ces symptômes retiendront notre attention : ce sont le diabète et la stéarrhée.

La rareté du diabète dans les kystes glandulaires du pancréas s'explique bien aujourd'hui par suite des expériences de Von Mering et de Minkowsky (1), confirmées par celles de Lépine. En effet, ces observateurs ont montré que pour produire expérimentalement le diabète, il fallait pratiquer l'extirpation totale du pancréas, et que si peu qu'on laissât du tissu glandulaire, la glycosurie ne se manifestait pas. Or, dans les kystes, presque toujours des portions de la glande restent intactes, et c'est précisément dans les quatre cas où le pancréas était détruit en totalité, que la présence du sucre dans l'urine fut nettement constatée (2).

La stéarrhée ou apparition des selles graisseuses déjà signalée par Kuntzmann en 1880 dans les affections du pancréas est un symptôme d'une très grande valeur, mais malheureusement ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'observe. En effet Beckel n'a relevé qu'une seule observation où ce signe ait été noté « encore s'agissait-il plutôt de selles blanches et caillées que de véritables selles graisseuses (3) ». Quoiqu'il en soit, l'aspect des corps gras évacués par l'intestin est très variable : quelquefois ils sont visibles à l'œil nu et à un examen super-

1. Communication à la société des natur. et méd. de Strasbourg, 1889.

2. Cas de Nichols, Goodmann et deux cas de Rechlinghausen. V. observations, XIV, XV, XII.

3. Beckel. *Des kystes du pancréas*, p. 54.

ficiel, d'autrefois l'examen chimique et microscopique peut seul en révéler la présence. Voici, d'après Bonamy, le procédé qu'il convient de suivre pour en faciliter la recherche.

« Prendre avec une cuillère la partie supérieure des matières fécales, la mélanger à de l'éther, agiter et filtrer. Si on plonge dans le liquide ainsi éclairci un morceau de papier buvard, celui-ci après évaporation reste transparent comme s'il avait été imbibé d'huile. Si on évapore l'éther passé au filtre, il reste au fond du vase « une matière grasse, fluide, d'une coloration jaune-ambé, brûlant avec une flamme bleuâtre si on y met le feu, et qui n'est autre que de la graisse. Au microscope on aperçoit des gouttes de graisse que l'éther dissout et des cristaux acidulés que la potasse transforme en gouttes visqueuses amorphes (1). »

Les matières grasses qui constituent la stéarrhée ne sont autres que les graisses ingérées par le malade et dont la digestion n'a pas eu lieu. Aussi faut-il tenir grand compte, lorsque l'on constate l'existence de ce symptôme, de l'alimentation du malade qui peut être trop riche en matières grasses, auquel cas la stéarrhée n'a plus aucune valeur. Celle-ci a d'ailleurs fait défaut dans un certain nombre d'observations, malgré la dégénérescence complète de la glande pancréatique, ce qui ne peut s'expliquer, par ce fait, dit Bechel, que « la graisse absorbée en très petite quantité, a sans doute été émulsionnée par la bile » (2). Par contre, la stéarrhée a persisté dans

1. Thèse de Bonamy, Paris, 1879.

2. Bechel: *loco. citato.* page 54.

un certain nombre de cas signalés par Ancelet, Friedreich et Clark, malgré la suppression absolue de la graisse dans l'alimentation. La stéarrhée provenait très probablement dans ce cas de la désassimilation des tissus.

Il nous reste pour terminer cette étude clinique de la période de début des kystes du pancréas à signaler l'amaigrissement. Ce symptôme presque constant au moment de l'apparition de la tumeur survient parfois le premier, en l'absence de tout trouble digestif, en dépit de l'appétit qui est conservé. D'autres fois, il ne se manifeste que très tard, bien après l'apparition de la tumeur, il aboutit alors généralement très vite à la cachexie.

## 2<sup>o</sup> PÉRIODE D'ÉTAT.

Cette période est essentiellement caractérisée par l'apparition d'une tumeur, qui très souvent est le premier symptôme qui éveille réellement l'attention du malade et pour lequel celui-ci se décide à venir consulter le médecin.

Cette tumeur siège ordinairement à la région épigastrique au voisinage de l'ombilic et sur la ligne médiane ; on la trouve encore dans l'un ou l'autre hypochondre, le gauche surtout. Au début, elle présente de très petites dimensions ; telles que celle de la grosseur d'un œuf de poule, mais elle augmente rapidement de volume, restant assez longtemps stationnaire avec des recrudescences subites et finalement peut atteindre des dimensions considérables, telles que celles d'une tête d'adulte, surtout

lorsque, ce qui est très fréquent, un traumatisme vient déterminer un épanchement sanguin intra-kystique.

Quoiqu'il en soit, à l'inspection, ce kyste du pancréas apparaît sous forme d'une tumeur arrondie, régulière, lisse et unie le plus souvent, ne présentant que rarement des bosselures. La peau est normale à son niveau.

Habituellement la tumeur est peu mobile ; quelquefois, cependant, comme dans notre observation personnelle, elle est mobile dans les grands mouvements inspiratoires et expiratoires, ou même dans les mouvements respiratoires normaux. Quelquefois également elle est soulevée par les pulsations de l'aorte sous-jacente (V. observation personnelle).

La palpation permet de constater que la tumeur a une consistance élastique, rénitente, qu'elle est souvent nettement fluctuante et enfin qu'elle est peu mobile dans le sens latéral, moins encore dans le sens vertical. D'après Hartmann, les kystes du pancréas seraient susceptibles de présenter fréquemment le phénomène du ballonnement : « Lorsque plaçant deux doigts de la main droite sous la région dorso-lombaire gauche, on imprime à la paroi abdominale postérieure quelques secousses, les mouvements se transmettent intégralement à la tumeur qui ballote et vient choquer la paume de la main gauche appliquée à plat sur la partie antérieure du ventre » (1).

Les renseignements que va nous fournir maintenant la percussion ne sont pas moins précieux que ceux que vient de nous donner la palpation.

1. *Congrès de chirurgie*, 91.

Comme le kyste prend naissance dans le pancréas, il est primitivement recouvert par l'estomac et le colon transverse, de sorte que la percussion de la paroi antérieure de l'abdomen donne de la sonorité et tout au plus de la submatité dans le point culminant de la tumeur. Peu à peu, en se développant, celle-ci repousse l'estomac et le colon et s'insinue entre ces deux organes pour arriver au contact de l'épiploon par sa portion la plus saillante. On trouve alors à la percussion une zone de matité franche entourée d'une zone sonore et même tympanique due à l'estomac en haut, au colon transverse en bas, à l'intestin grêle sur les côtés.

Il est d'ailleurs généralement facile de se rendre compte exactement de la situation de l'estomac par rapport à la tumeur, au moyen de l'artifice suivant : On fait ingérer au malade une certaine quantité de bicarbonate de soude et d'acide tartrique. Le gaz acide carbonique ne tarde pas à se dégager en grande abondance et à distendre l'estomac. On voit alors que la zone sonore située à la partie supérieure de la tumeur augmente sensiblement, tandis que la zone de matité diminue d'étendue. C'est ce qui a été constaté dans l'observation de M. Bull (1) (de New-York) que nous citerons tout à l'heure et où après l'ingestion d'une poudre gazogène, la percussion donnait une résonance tympanique sur les deux tiers de la tumeur. Dans une autre observation citée par Gussenbauer (2) que nous rapporterons également dans un instant, la disten-

1. V. observation XXII.

2. V. observation XX.

sion gazeuse de l'estomac permet de délimiter sa grande courbure à la partie antérieure et supérieure de la tumeur.

Dans le cas rapporté par M. le professeur Le Dentu, en 1865, la percussion en avant de la tumeur avait donné lieu à « un son hydro-aérique » tout spécial dû à la présence de l'estomac. Si ce signe était constant, il aurait une valeur clinique considérable. Malheureusement, il est très rare, et l'observation de M. le professeur Le Dentu est la seule dans laquelle il soit signalé. Les conditions de sa production ont d'ailleurs été fort bien étudiées par l'éminent chirurgien. « Elles consistent dans l'existence d'une cavité assez spacieuse contenant une certaine quantité de liquides et de gaz, dans des proportions telles que la sonorité du gaz ne soit pas masquée par la matité du liquide, ou réciproquement, mais que la combinaison des deux bruits, en même temps que les vibrations du gaz contre le liquide donne lieu à cette variété spéciale de sonorité qu'on ne peut définir que par son nom, c'est-à-dire un son hydro-aérique » (1).

Ces conditions ne sont guère réalisées que dans le cas de kystes peu considérables.

D'ailleurs, quand ceux-ci sont très volumineux, quand ils remplissent par exemple presque toute la cavité abdominale, les différents symptômes que nous fourrissent la palpation et la percussion n'ont plus aucune valeur et dans ces cas on trouve une matité générale, qui ne permet pas de délimiter les organes voisins.

1. Cas de M. le professeur Le Dentu. Voir observation IV.

Inversement, quand les kystes sont très petits, comme cela arrive généralement dans l'infiltration kystique du pancréas par exemple, il est rare que le clinicien puisse constater leur existence, même en employant successivement les différents moyens d'exploration que nous venons d'énumérer.

Il est à peine besoin d'ajouter, pour compléter cette étude clinique, que les différents symptômes que nous avons déjà étudiés à la première période peuvent se retrouver dans cette seconde et sont même alors plus constants. Sans doute le diabète, la stéarrhée et les hématomèses sont toujours rares, mais en revanche les vomissements et la diarrhée sont la règle, l'amaigrissement devient extrême et le malade ne tarde généralement pas à succomber aux progrès de la cachexie, à moins que l'une quelconque des nombreuses complications que nous allons étudier tout à l'heure n'ait auparavant hâté le dénouement fatal.

## MARCHE. — TERMINAISON. — COMPLICATIONS

La marche des kystes glandulaires du pancréas est généralement très lente ; leur durée qu'il est impossible de préciser est très longue et naturellement en rapport avec leur évolution. Ils atteignent quelquefois de grandes dimensions, puisque dans certains cas ils occupent la plus grande partie de la cavité abdominale.

Ils exigent habituellement des mois et des années pour arriver à un développement tel qu'ils puissent se révéler par les symptômes physiques que nous avons étudiés tout à l'heure ; plus rarement leur accroissement est rapide et suit de quelques semaines la cause quelconque, le traumatisme par exemple, qui leur a donné naissance.

Comme nous l'avons dit à la fin du chapitre précédent, la mort est souvent le fait de la dénutrition générale due à la destruction du pancréas et qui tôt ou tard amène de l'amaigrissement d'abord, la cachexie ensuite.

D'autres fois c'est à des complications que succombe le malade.

Nous avons déjà parlé à propos des symptômes, du

diabète qu'on observe en somme très rarement et qui est encore plus une complication qu'un véritable symptôme. Or, le diabète dans les kystes du pancréas, aggrave singulièrement le pronostic, car, lorsqu'il survient, il ne tarde généralement pas à déterminer une cachexie rapide et profonde.

Les hématomés que nous avons également signalés parmi les symptômes ont été parfois très abondantes, mais elles n'ont jamais déterminé la mort.

Il n'en est pas de même des hémorrhagies intra-kystiques qu'on a observées plusieurs fois. Elles sont souvent la conséquence d'un traumatisme ; d'autres fois cependant elles surviennent spontanément et se révèlent alors par les symptômes habituels de l'hémorrhagie interne, pâleur, refroidissement des extrémités, angoisse précordiale, abaissement de la température, petitesse et rapidité du pouls. Ces symptômes, joints à l'augmentation subite du volume de la tumeur permettront de faire facilement le diagnostic, si, ce qui malheureusement est la règle, la terminaison fatale ne survenait presque aussitôt.

L'ouverture du kyste du pancréas dans le tube digestif a été signalée par Joshna Parsons. « Dans l'observation de Parsons, la tumeur épigastrique disparut tout à coup et la malade rendit par les selles un fluide de consistance glaireuse, de couleur blanc sale. La tumeur se reforma de nouveau, s'ouvrit une seconde fois dans l'intestin, puis survint une hémorrhagie intra-kystique qui entraîna la mort, comme le démontra la nécropsie. » (1).

1. *Société anatomique* (mars 1865, page 202) et *Gazette médicale* 1858, page 596.

L'ouverture du kyste dans le péritoine a été également observée par certains auteurs, nous-mêmes signalerons tout à l'heure cette complication dans notre observation personnelle.

Il nous reste encore à signaler deux grosses complications des kystes du pancréas, complications résultant de la compression par la tumeur kystique des organes voisins : ce sont l'ictère et l'occlusion intestinale.

L'ictère est dû à la compression du canal cholédoque, c'est donc un ictère par rétention de la bile ; cette rétention détermine parfois une hypertrophie du foie aboutissant à la cirrhose. Nous signalerons ce fait dans plusieurs observations, rapportées la plupart par d'anciens auteurs.

La compression de l'intestin par les kystes du pancréas est une complication heureusement rare. L'occlusion intestinale qui en résulte est alors souvent passagère, comme dans le cas de Hardy (1), mais par contre elle peut devenir mortelle, comme dans l'observation rapportée par Hagenbach (2).

1. Voir observation XXXVI.

2. Voir observation XI.

## DIAGNOSTIC

Tout d'abord, le diagnostic nous paraît à peu près impossible à la période de début, bien que les différents symptômes de cette première période soient aujourd'hui bien connus. Aucun de ces symptômes en effet n'est véritablement pathognomonique, et d'ailleurs ceux d'entre eux qui ont le plus de valeur sont précisément exceptionnels tandis que les plus fréquents ne peuvent attirer spécialement l'attention sur le pancréas, puisqu'ils s'observent également dans les affections gastro-intestinales. En résumé, à la période de début, ce n'est que dans des cas très rares que le clinicien pourra, en s'appuyant sur les symptômes que nous avons étudiés, soupçonner l'existence d'une tumeur du pancréas.

A la période d'état, c'est-à-dire lorsque cette tumeur viendra faire saillie à la région épigastrique, le diagnostic sera encore loin d'être aisé. On peut en juger par la statistique suivante, donnée par Beckel (1).

« Sur 30 observations de la période contemporaine 6 fois le diagnostic a été fait d'avance par Wolfler, Bull,

1. *Kystes du pancréas*, p. 66.

Lardy, Tremaine et Karewsky (2 cas), 1 fois (Filipow) il est resté douteux, toutefois la probabilité était grande en faveur d'un kyste du pancréas.

Quatre fois il y a eu hésitation ; la tumeur ayant été prise au début pour un kyste hydatique du foie (Küster, Senn) et dans un cas pour un kyste du mésentère (Annandal).

Dans l'observation de Senn, la balance penchait fortement en faveur d'un kyste pancréatique, dans celle de Küster, d'Annandal et de Riegner, le diagnostic erroné tout d'abord fut ensuite rectifié après la ponction exploratrice.

Deux fois les chirurgiens n'ont pu se prononcer sur le siège du kyste (Rokitansky, Hagenbach). L'autopsie seule les a renseignés.

Dans sept cas où l'on ne savait à quoi s'en tenir, l'opération permit de poser le diagnostic (cas de Kulenkampf, de Subotic, de Fenger, de Martin, de Oschner et Albert, deux cas).

Enfin, dans dix observations, différentes erreurs ont été commises ; ces observations se rapportent aux chirurgiens suivants :

Thiersch : Absès de la paroi abdominale.

Gussenbauer : Kyste rétro-péritonéal.

Steele : Kyste du péritoine.

Hahn : Kyste hydatique du foie.

Bozemann : Kyste de l'ovaire.

Riedel : —

Koatz : —

Salzer : —

Zukowski : kyste de l'ovaire.

Trèves : Tumeur sarcomateuse.

Comme on le voit, le diagnostic des kystes du pancréas est extrêmement difficile. Quoiqu'il en soit, le clinicien en présence d'une tumeur faisant saillie dans la région épigastrique, devra essayer de résoudre successivement les trois problèmes suivants :

Quelle est la nature de la tumeur ?

Quel en est le siège ?

Quelle en est la variété ?

#### NATURE DE LA TUMEUR.

Il est très remarquable qu'en général la nature liquide de la tumeur a été reconnue. Cela tient probablement à ce fait que, lorsque la tumeur pancréatique est appréciable, elle est déjà assez volumineuse pour présenter une fluctuation franche.

Il n'est donc pas nécessaire pour trancher cette première question de faire la ponction exploratrice. Cependant certains auteurs ont vivement recommandé celle-ci qui aurait suivant eux l'avantage de nous renseigner, non seulement sur la nature de la tumeur, mais encore sur son siège. par l'analyse du liquide kystique.

Sans doute, les observations rapportées par Küster (1), Annandale (2) et Riegner (3), dans lesquelles le diagnostic

1. V. Observation XLI.

2. V. Observation XL.

3. V. Observation XLVIII.

fut fait complètement grâce à cette ponction semblent encourager cette petite opération. Mais d'abord, dans la plupart des cas publiés avec détails, ni les caractères physiques, ni les caractères chimiques du liquide kystique n'auraient permis de faire le diagnostic par la simple analyse de ce liquide. D'autre part, la ponction ne semble pas avoir été constamment inoffensive.

Quatre fois, en effet, elle a été suivie d'accidents de péritonite survenue à la suite du contact du liquide kystique avec le péritoine ; sans compter que des organes importants, tels que l'estomac, peuvent s'interposer entre le kyste et la paroi abdominale. Il est donc plus rationnel de soutenir que dans ces conditions une laparatomie exclusivement exploratrice offre moins de gravité et plus d'avantages qu'une ponction (1).

#### SIÈGE DE LA TUMEUR.

La palpation permet le plus souvent d'éliminer avec facilité les tumeurs de la paroi abdominale. Plusieurs artifices permettent d'ailleurs d'acquiescer à cet égard une plus grande certitude. Si la tumeur, par exemple, mobile dans le relâchement, devient fixe lorsque le malade contracte ses muscles droits, c'est qu'elle est fixée dans la paroi. M. le professeur Tillaux, conseille le procédé suivant : on marque avec un crayon dermatographique, le point culminant de la tumeur, puis on fait exécuter par le malade quel-

1. Quénu. *Traité de chirurgie*, tome VII, page 180.

ques mouvements forcés d'inspiration. Si la tumeur est située dans la paroi abdominale, le trait marqué par le crayon et le point culminant de la tumeur restent fixes, sinon ils varient dans leurs rapports.

Les tumeurs de la paroi abdominale étant éliminées, il s'agit de reconnaître à quel organe appartient la tumeur qui vient faire saillie à l'épigastre.

Quand les différents symptômes physiques des kystes du pancréas que nous avons étudiés plus haut et sur lesquels nous n'avons pas à revenir, sont au complet, le diagnostic positif est possible pour un clinicien exercé, mais malheureusement la plupart de ces signes manquent souvent et alors la confusion est possible avec les différentes tumeurs kystiques abdominales; en particulier avec les kystes hydatiques du foie, les kystes de l'ovaire, les kystes du rein et l'hydronéphrose, les kystes de l'épiploon, les kystes du mésentère.

Il nous faut donc faire maintenant le diagnostic différentiel des kystes du pancréas avec ces différentes tumeurs.

Les kystes hydatiques du foie sont intra-hépatiques et font saillie dans l'hypocondre droit.

Le foie paraît augmenté de volume, et il n'y a pas de zone sonore entre la matité hépatique et la matité de la tumeur.

Dans le cas de kyste du pancréas, au contraire, il existe une zone de sonorité entre la matité de la tumeur et celle du foie. Quelquefois, il est vrai, dans le cas de kyste hydatique pédiculé du foie, la percussion dénote une zone de sonorité entre la poche kystique et le bord inférieur du

foie, mais alors le clinicien pourra établir son diagnostic sur un certain nombre de symptômes secondaires fréquents dans les kystes hydatiques hépatiques savoir : la douleur de l'épaule droite, la toux hépatique, la pleurésie sèche et l'apparition d'éruptions ortiées.

Les tumeurs de l'ovaire prennent naissance dans le bassin et s'accompagnent souvent d'un certain nombre de symptômes génitaux. Le diagnostic différentiel est donc habituellement facile, quelquefois, cependant, dans le cas de kyste de l'ovaire à long pédicule, le chirurgien pourra être hésitant. Il aura alors pour se guider la matité complète de la tumeur, si elle appartient à l'ovaire, incomplète au contraire si elle appartient au pancréas ; de plus, il observera de la mobilité excessive dans le premier cas, tandis que dans le second il n'aura qu'une mobilité nulle ou presque nulle.

Dans le cas de tumeurs liquides du rein, comme dans le cas de kystes du pancréas, il existe habituellement une zone de sonorité en avant de la tumeur ; de plus le ballottement s'observe également dans les deux cas. Le diagnostic différentiel n'est donc pas toujours commode, cependant la notion précise du début franchement latéral fera songer à une tumeur du rein.

L'évacuation d'hydatides dans les urines, dans le cas de kyste hydatique du rein, permettra quelquefois de faire le diagnostic de cette variété de kyste.

La forme intermittente de la tumeur au début, son affaissement coïncidant avec une débâcle urinaire et une sensation de soulagement feront penser à une hydronéphrose.

Enfin la bilatéralité de la lésion et la présence d'albumine dans les urines feront soupçonner une maladie kystique des reins.

Les kystes des capsules surrénales sont tout particulièrement difficiles à reconnaître, car les symptômes donnés comme caractéristiques de cette affection (asthénie, amaigrissement et pigmentations cutanées), s'observent souvent aussi dans les kystes du pancréas. Le siège franchement latéral de la tumeur fera cependant surtout songer à un kyste des capsules surrénales.

Les kystes de l'épiploon sont le plus souvent des tumeurs complètement mates dans toute leur étendue, contrairement aux tumeurs du pancréas recouvertes par l'estomac en haut, le colon transverse en bas.

Les kystes du mésentère sont généralement extrêmement mobiles et c'est là leur seul caractère vraiment distinctif avec les kystes du pancréas ; car comme ces derniers, les kystes mésentériques s'accompagnent souvent de douleurs péri-ombilicales, revenant par accès, de troubles digestifs et d'amaigrissement. De plus, la percussion ne révèle pas toujours de la matité à leur niveau et sur toute leur étendue.

#### VARIÉTÉ DE LA TUMEUR.

Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic de la variété des kystes du pancréas, diagnostic qui presque toujours n'est fait qu'au moment de l'intervention chirurgicale. Peut-être cependant, dans des cas exceptionnels, l'appar-

rition très rapide de la tumeur, accompagnée des symptômes ordinaires de l'hémorrhagie interne, permettra-t-elle de poser le diagnostic de kyste hémorrhagique. Presque toujours d'ailleurs il s'agira de kyste glandulaire.

## PRONOSTIC

De ce qui précède, il suit que les kystes du pancréas abandonnés à eux mêmes ont un pronostic très sérieux dans la très grande majorité des cas, bien qu'à longue échéance en général. Le devoir du chirurgien est donc d'intervenir dès que la tumeur a été reconnue et sans attendre que le malade ait subi une altération sensible « il a le droit aujourd'hui d'agir vite, car il est en possession de moyens qui rendent son intervention presque inoffensive. Nier le fait serait faire preuve d'une timidité exagérée, pour ne pas dire d'une coupable indifférence (1). »

Ce n'est que dans le cas où il y aura des signes évidents de malignité du kyste et de généralisation, que le chirurgien devra s'abstenir.

1. Beckel, *loc. cit.*

## TRAITEMENT

Nous arrivons à la dernière partie de notre trop rapide étude et nous éprouvons, il faut l'avouer, une certaine gêne à aborder un des points les plus délicats de la chirurgie abdominale à la suite de tant de chirurgiens autorisés. Aussi n'avons-nous pas la prétention d'apporter un procédé opératoire nouveau ; nous énumérerons seulement ce qui a été fait et nous tenterons de conclure d'après les résultats obtenus.

Nous ne parlerons que pour mémoire du Traitement médical des kystes du pancréas. Comment traiter médicalement une affection dont l'étiologie est si complexe, la symptomatologie si insidieuse ? Dans certains cas, il semble exister à l'origine du kyste une affection gastro-intestinale, qualifiée par certains de catarrhe gastro-intestinal, par d'autres de gastro-entérite. Si cette inflammation intestinale agit véritablement sur les canaux excréteurs du pancréas, si elle est capable de déterminer plus tard des rétrécissements fibreux de ces voies d'excrétion, il faut traiter avec soin ces affections primordiales. Mais encore une fois, nous n'avons à ce sujet que des données extrêmement confuses.

Le seul traitement efficace et curatif est donc le traitement chirurgical. Mais une première question se pose : faut-il employer ce traitement. Nous avons vu, en effet, que Hartmann, Gilbert, Thiroloix et du Pasquier, Nimier considéraient beaucoup de kystes du pancréas comme de véritables épithéliomas kystiques comme ceux de l'ovaire, mais nous allons voir que s'il est possible d'enlever totalement un kyste de l'ovaire, il est presque possible d'extirper un kyste du pancréas. L'ouverture, la marsupialisation ne constitueraient donc que des opérations palliatives. L'affection, la tumeur reparaîtrait bientôt aussi inquiétante qu'auparavant.

Nous avons déjà discuté cette question et avec toutes les observations en main nous pouvons voir *que, s'il existe véritablement et indiscutablement des épithéliomas kystiques du pancréas, on rencontre beaucoup plus souvent des tumeurs n'ayant aucun caractère de malignité. La guérison est en effet la règle, lorsque l'intervention chirurgicale est suffisante, et elle persiste pour presque tous les auteurs.*

Que devra donc être cette intervention. A priori, la méthode la plus séduisante, celle qui semble offrir les plus grandes garanties de guérison définitive est l'extirpation. Mais nous voyons que dans la plupart des cas où l'extirpation fut tentée, l'opération fut toujours extrêmement pénible et délicate, quelquefois par suite des adhérences, souvent par la présence d'énormes vaisseaux qui sont ordinairement les vaisseaux spléniques confondus intimement avec la tumeur, et quand l'opération réussit, ce ne fut pas toujours pour amener la guérison.

Des cinq cas que nous trouvons dans la thèse de Beckel, trois se terminèrent par la mort, deux par la guérison.

L'ouverture simple donne une statistique moins pénible ; mais avant de l'envisager, il nous faut parler d'autres méthodes, les unes abandonnées, les autres appelées à disparaître, car elles sont les vestiges d'une timidité chirurgicale excessive de notre temps et qu'avec les progrès de l'antisepsie nous ne pouvons plus comprendre

La méthode de Récamier est un de ces modes de traitement. L'ouverture des cavités par les caustiques est abandonnée à peu près complètement. Le cas de M. le professeur Le Dentu nous édifie suffisamment en nous montrant que les inconvénients priment de beaucoup les avantages.

La ponction simple est ordinairement le premier mode de traitement proposé et accepté par le malade. Mais si le plus souvent (bien qu'il y ait des cas de mort) cette méthode est peu dangereuse, il faut ajouter qu'elle ne donne aucun résultat définitif. Toujours il faut arriver secondairement à l'ouverture large et au drainage. Pourquoi par conséquent ne pas pas commencer par là ?

C'est, en effet, à cette méthode que nous nous arrêtons, parce que dans la plupart des cas, elle a donné d'excellents résultats, parce que c'est une opération rapide et sans danger, parce que, enfin, si le diagnostic est encore hésitant, il n'est qu'une façon de l'affirmer, c'est par la laparatomie exploratrice.

On a longtemps discuté ce point : faut-il faire l'incision du kyste en un temps ; faut-il d'abord le fixer à la paroi

et permettre ainsi aux adhérences de se former pour opérer en toute sécurité.

Les statistiques des partisans de ces deux méthodes se valent ; nous sommes plutôt enclins à l'heure actuelle de faire les opérations en un temps, du reste, ce mode opératoire n'a pas, croyons-nous, une importance exagérée.

Comment doit se faire cette intervention ? Nous ne pouvons entrer dans la description complète du Manuel opératoire, mais il nous faut cependant signaler certains points.

Après ouverture de la paroi abdominale, soit sur la ligne médiane, soit sur le sommet de la tumeur, on trouve souvent l'estomac qu'il faut récliner en haut, le colon qu'il faut récliner en bas. Puis on suture à la paroi abdominale la paroi antérieure du kyste, mais il faut signaler ici la difficulté de ce temps, lorsque le kyste est tendu par une grande quantité de liquide. Pour faciliter l'opération, il faudra évacuer une certaine quantité de ce liquide et la suture de la poche sera alors faite. Dans certains cas, le liquide étant très considérable, on constate après l'évacuation du liquide que la poche peut être considérablement diminuée ; on fera alors l'extirpation partielle, ne laissant que la portion nécessaire à la marsupialisation. Enfin, après bonnes sutures soit à la soie, soit au catgut, on drainera largement, soit par des mèches, soit par des drains.

Dans les kystes très considérables, malgré une large ouverture abdominale, l'élimination du liquide se fait mal, la fistule persiste des mois, c'est dans ces cas qu'on a

proposé de faire une contre ouverture lombaire ; nous ne pouvons dire les résultats qu'elle a donnés.

Nous terminerons en parlant un peu des soins consécutifs. Les pansements doivent être faits avec une antisepsie parfaite ; on diminuera drains ou mèches à mesure que la poche se rétractera. Enfin, il ne faut pas oublier que l'irritation de la cicatrice est pour ainsi dire la règle ; ces phénomènes, dûs au suc pancréatique, deviendraient inquiétants à la longue, il faut par conséquent empêcher ou faire disparaître cette complication locale.

Ce traitement (les observations le montrent) entraîne, dans plus de la moitié des cas, la guérison ; cette guérison semble définitive. La fistule disparaît dans un temps qui varie entre 15 jours et 1 an après l'opération (1). Peut-être pourrait-on la faire disparaître plus vite par un drainage plus complet.

#### OBSERVATION I ( inédite ).

*Rupture d'un kyste glandulaire du pancréas suivie d'un épanchement séro-sanguinolent intra-péritonéal pris pour une hématocele. Laparotomie ; guérison. Reproduction consécutive du kyste ; laparotomie ; drainage de la poche. Guérison.*

La nommée Marie G..., âgée de 24 ans, ménagère, entre le

1. Nous donnons ici la durée moyenne de la fistule, car il est des cas où celle-ci persiste plus longtemps (voir observation 7, cas de M. le professeur Tillaux).

19 octobre 1898 à l'hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 2, à cause d'une tumeur qui vient faire saillie au niveau de la région épigastrique, et qui s'accompagne de troubles digestifs intenses.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 69 ans, bien portant.

Mère morte à 48 ans, tuberculeuse.

Un frère mort à 28 ans, asphyxié.

Une sœur morte à 4 ans, de choléra infantile.

Un frère mort à 28 mois, de méningite.

*Antécédents personnels.* — Depuis l'âge de 4 ans jusqu'à l'âge de 8 ans, la malade a toujours été souffrante ; elle avait, paraît-il, chaque année, au mois d'août, une fièvre qui durait de deux à trois semaines.

Réglée à 14 ans. A 18 ans 1/2, fausse couche de 2 mois ; à 19 ans, fausse couche de 6 semaines ; à 19 ans 1/2, encore une fausse couche de six semaines ; à 20 ans, fausse couche de 2 mois.

Depuis sa dernière fausse couche, la malade a une menstruation tout à fait irrégulière ; tantôt ses règles avancent, tantôt, au contraire, elles retardent ; depuis, elle souffre très souvent du ventre et elle a des pertes blanches.

A partir du mois de septembre 1897, la malade sentit ses forces diminuer peu à peu, en même temps que son ventre grossissait et que sa menstruation devenait plus irrégulière que jamais. C'est ainsi que ses règles arrivaient après un retard de quinze jours au mois d'octobre et de novembre, et après un retard de six semaines au mois de janvier 1898. En même temps, des troubles digestifs intenses apparaissaient : nausées, vomissements, douleur continuelle au creux de l'estomac, avec exacerbation atroce par moments, alternatives de constipation et de diarrhée.

Le 2 février 1898. — Dans la matinée la malade en faisant son ménage ressentit une douleur violente dans le ventre, au voisinage de l'ombilic et perdit presque aussitôt connaissance.

Un premier médecin appelé diagnostiqua une « hydropisie aigue » un deuxième médecin pensa à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. Quoiqu'il en soit, pendant toute la journée du 2 février, la malade fut très faible, si faible même que les médecins n'osèrent la faire transporter à l'hôpital.

3 février. — Légère amélioration.

4 février. — Le médecin qui vient la visiter à la fin de la matinée, l'envoie alors à l'hôpital Necker.

*Examen à l'entrée.* — La malade est complètement abattue, elle a le faciès paradoxal ; son bas ventre est un peu distendu.

*Palpation.* — On ne sent pas de tumeur dans le ventre, mais les poussées déterminent une douleur abdominale vive au voisinage de l'ombilic.

*Percussion.* — Matité au niveau du bas ventre et dans les fosses iliaques.

La température est normale, mais le pouls est très petit et rapide, aussi l'interne de garde envoie chercher M. Morestin, chef de clinique de M. le professeur Le Dentu.

A 3 h. 1/2, opération.

Laparatomie médiane sus-pubienne ; on constate alors que tout le ventre est rempli par un liquide séro-sanguinolent ; comme ce liquide occupe surtout l'excavation pelvienne, comme on ne trouve nulle part trace de tumeur, comme enfin l'une des trompes est un peu ecchymosée, on fait le diagnostic d'hématocèle consécutive à une grossesse tubaire rompue.

La cavité abdominale est alors soigneusement nettoyée avec des éponges, et on referme le ventre en laissant un drain dans la plaie.

Les suites opératoires furent parfaites et la malade sortit le 28 février guérie.

A partir de cette époque pendant 3 ou 4 mois, l'état de la malade fut assez satisfaisant, ses forces étaient revenues et les troubles digestifs avaient en grande partie disparu. La malade se croyait donc guérie, lorsque au mois de juillet réapparaissent ses douleurs d'estomac, d'abord intermittentes, puis continues avec exacerbations comme autrefois.

Au mois d'août. — La malade commence à sentir une grosseur un peu au-dessus de l'ombilic ; mais elle ne s'en inquiéta pas, et malgré ses douleurs d'estomac, malgré ses troubles digestifs (vomissements et diarrhée) elle persista à ne pas consulter de médecin.

Au mois de septembre. — L'état de la malade continue à s'aggraver, elle ne quitte presque plus le lit, car elle n'a plus de forces; elle est en outre très exaltée et plusieurs fois elle se serait dit-elle, jetée par la fenêtre si on ne l'avait empêchée.

Le 4 octobre. — On envoya chercher un médecin qui conclut à une simple maladie d'estomac chez une hystérique et qui fit des lavages d'estomac pendant 15 jours, ces lavages soulageaient momentanément la malade, mais comme les douleurs réapparaissaient ensuite et comme la tumeur, loin de diminuer augmentait toujours, on envoya chercher un second médecin qui adressa la malade à M. Morestin, chef de service, en l'absence de M. le professeur Le Dentu.

Examen à l'entrée à l'hôpital.

*Inspection.* — On aperçoit au dessus de l'ombilic une voussure peu nette, large comme la main, située en grande partie à droite de la ligne médiane; cette voussure suit les mouvements inspiratoires.

*Palpation.* — On sent une tumeur dure, renittente, grosse comme les deux poings, qui est soulevée par les battements aortiques.

*Percussion.* — Il n'y a matité qu'au niveau de la partie centrale de la voussure, partout ailleurs on trouve de la sonorité.

*Organes génitaux.* — Au palper bi-manuel, on constate que l'utérus légèrement douloureux est en anteversion normale, les annexes paraissent saines.

*Appareil urinaire.* — Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine ; l'exploration de la région lombaire ne révèle rien de particulier.

*Appareil digestif.* — Anorexie complète, vomissements très fréquents, rarement alimentaires, presque toujours bilieux. Douleur continue sourde au creux de l'estomac ; par moment crises gastralgiques qui ne semblent pas influencées par les repas. Diarrhée très fréquente ; les selles ont une coloration jaune foncé. La malade n'a pas actuellement d'hématémèses, mais elle en aurait eu une, peu abondante d'ailleurs, il y a quatre mois.

*Foie.* — Il n'est pas douloureux et ne déborde pas sensiblement les fausses-côtes ; la matité hépatique est séparée de la matité centrale de la voussure par une large zone de sonorité.

*Rate.* — Elle n'est pas augmentée de volume.

*Appareil respiratoire.* — La malade tousse un peu chaque matin mais l'auscultation ne révèle rien de spécial.

*Appareil circulatoire.* — Rien de particulier à signaler.

*Système nerveux.* — La malade est très nerveuse, elle présente la plupart des stigmates de l'hystérie : constriction de la gorge, abolition du réflexe pharyngien, exagération du réflexe

rotulien, zone d'anesthésie, rétrécissement du champ visuel.

*Organes des sens.* — La malade se plaint d'avoir souvent des brouillards devant les yeux et des bourdonnements d'oreilles.

D'après les symptômes qui précèdent on fait le diagnostic de kyste hydatique du foie, et comme il y a de la sonorité en avant de la plus grande partie de la tumeur, on pense que ce kyste doit dépendre de la partie postérieure de la face inférieure du foie.

M. Morestin décide d'intervenir.

L'opération est faite le 21 octobre.

On fait une incision médiane allant de l'ombilic à l'appendice xyphoïde.

On constate alors l'existence d'une tumeur grosse au moins comme une tête d'enfant nouveau-né qui vient aussitôt faire saillie entre les lèvres de la plaie. Cette tumeur liquide présente une coloration bleuâtre, on la ponctionne et il s'écoule alors un liquide rougeâtre, épais, qui malheureusement n'a pas été analysé.

Les différents organes de la partie supérieure de l'abdomen sont ensuite soigneusement explorés; l'estomac semble avoir été refoulé en haut et à gauche, le colon en bas.

Le foie, la rate et les reins sont reconnus indemnes, et l'on constate alors nettement que le kyste dépendait du pancréas.

La poche kystique tamponnée est suturée à la partie inférieure de la plaine abdominale qui est incomplètement fermée.

*Suites opératoires.* — Absolument parfaites : la malade n'a jamais la moindre élévation de température. Elle sort le 14 novembre 1893 avec une petite fistule ombilicale dont les bords sont rouges, irrités par le liquide qui suinte. Les troubles di-

gestifs ont en grande partie disparu. Elle va aussi bien que possible.

OBSERVATION II (1)

*(Dûe à l'obligeance de MM. Descazals et Milhiet).*

*Tumeur liquide rétro-péritonéale. Opération. Mort.*

*A l'autopsie on constate un kyste pancréatique.*

Le nommé Etienne D..., âgé de 66 ans, journalier, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Huchard, salle Chauffard, le 21 juin 1898.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ni personnels jusqu'au mois d'avril 1897.

A cette date le malade a été frappé brusquement d'un ictus apoplectique avec perte complète de connaissance. D'après ce qu'il raconte il serait resté neuf jours sans reprendre connaissance et n'aurait eu ni paralysie ni aphasie.

Après un séjour de douze jours à l'hôpital Cochin, où il fut soigné, il put reprendre son travail; depuis cette époque il aurait en partie perdu la mémoire.

Quelques mois après (le malade ne peut préciser la date), nouvel ictus apoplectique, semblable au premier; le malade est soigné à Necker où il reste un mois, il est mis au régime lacté; ses urines renferment de l'albumine.

1. *Bulletin de la Société anatomique*. Juillet 1898. D'après l'observation que nous rapportons et qui a été rédigée par MM. Descazals et Milhiet, il nous a paru qu'il ne pouvait s'agir que d'un kyste du pancréas.

En sortant de l'hôpital, la faiblesse l'empêche de reprendre ses occupations habituelles. Il y a six semaines, le malade aurait eu une indigestion avec vomissements abondants, mais pas d'hématémèses ni de méléna.

Depuis lors, perte d'appétit complète, dégoût absolu de la viande et des matières grasses, le lait même est difficilement digéré, les vomissements ne se sont pas renouvelés. En même temps apparaît une petite tumeur douloureuse dans la région épigastrique. Constipation opiniâtre depuis 15 jours ; à son entrée à l'hôpital, le malade présente un amaigrissement très marqué avec perte considérable des forces.

Il se plaint de douleurs vives à l'épigastre, s'irradiant dans l'hypocondre gauche et dans le dos.

La région épigastrique présente en effet une voussure anormale un peu plus développée du côté gauche.

L'exploration est très douloureuse et très difficile. On constate cependant que la région en saillie est animée de battements perceptibles à la vue, mais il n'y a pas d'expansion et l'auscultation ne révèle pas de souffles.

La tumeur est mate, mais sans limites précises, elle est lisse.

Le lobe droit du foie n'est pas augmenté de volume, mais le lobe gauche fait corps avec la tumeur.

Pas de matité splénique, au cœur léger souffle extra-cardiaque, un peu d'emphysème pulmonaire. Pas d'albumine dans les urines.

Pas de ganglions dans le creux claviculaire, ni dans l'aiselle.

Les jours suivants l'anorexie persiste et la faiblesse augmente ; la tumeur épigastrique augmente de volume visiblement.

Pas de température. Pas d'ictère.

On hésite entre un carcinome du lobe gauche du foie et un kyste hydatique.

M. Routier fait la laparotomie le 28 juin.

L'incision conduit directement sur l'estomac dont les parois sont accolées et soulevées par une masse volumineuse et nettement fluctuante.

Le foie est normal et indépendant de la tumeur.

L'estomac paraît sain, mais il est impossible d'aborder la masse de ce côté à cause des adhérences étroites qui les relient l'un à l'autre.

Le colon transverse est alors soulevé et le méso-colon apparaît distendu par une poche volumineuse dont la fluctuation à ce niveau est très nette. Le méso-colon est incisé et un trocart est enfoncé dans la tumeur ; il en sort 1 litre 1/2 de liquide rouge brun. L'exploration de la cavité permet de constater qu'elle s'étend en arrière de l'estomac, au-dessous de l'arrière-cavité des épiploons qu'elle refoule. On se contente de la drainer et de bourrer la plaie car la marsupialisation est impossible.

Le malade très affaibli meurt le lendemain à 10 heures.

Autopsie le 30 juin.

La simple exploration ne permet pas de reconnaître les rapports exacts de la poche. L'œsophage est alors lié au-dessous du diaphragme et les viscères abdominaux sont enlevés en masse. On constate alors ce qui suit :

L'estomac est normal, la grosse tubérosité et une grande partie du corps sont indépendants de la poche, la région pylorique et le duodénum sont intimement unis à cette dernière. Un doigt introduit dans l'estomac permet de reconnaître que le pylore est intact.

Le duodénum est fendu ; les voies biliaires ne présentent rien d'anormal.

*La partie antéro-supérieure de la tête et de la moitié droite du corps du pancréas fait corps avec la paroi postéro-inférieure de la poche.* Le reste du corps et de la queue de cet organe sont libres.

Les parois de la poche sont épaisses et formées en arrière par une coque adhérente aux vaisseaux (aorte et veine-cave) et au-dessous du tronc cœliaque à la partie postérieure de l'abdomen et au pancréas. En avant, elle adhère à la région pylorique, plus bas au méso-colon, et à droite elle longe la portion descendante du duodénum. On ne constate aucune communication de cette cavité avec les organes qui l'entourent.

*Poumons.* — Légère congestion des bases.

*Cœur.* — Rien de spécial.

*Aorte.* — Dilatée, athéromateuse.

*Rate.* — Petite, molle. Reins petits.

*Foie.* — Volume normal, gras.

*Vésicule biliaire.* — Contient quelques petits calculs.

### OBSERVATION III

*Kystes multiples du pancréas. Opération. Mort au bout de vingt jours. Autopsie (1).*

Mme X..., âgée de 53 ans, entre le 16 septembre 1890 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier.

Depuis longtemps elle ne digérait pas très bien, mais elle

1. Hartmann : *Congrès de Chirurgie*, 1891.

n'est réellement malade que depuis trois mois environ. Depuis, elle a perdu en grande partie l'appétit, s'amaigrit, s'affaiblit rapidement, souffre de douleurs abdominales, et constate au niveau de la région épigastrique l'existence d'une tumeur qui s'accroît rapidement.

Rien dans les antécédents. Réglée à 13 ans, a eu 4 enfants, le dernier il y a 22 ans, mort d'accident; les autres bien portants.

A toujours été d'une bonne santé, sauf à l'âge de 9 ans, époque à laquelle elle eut la fièvre typhoïde. Ménopause sans accidents à 49 ans.

Fille unique de père et mère morts jeunes de cause inconnue. Le 16 septembre 1890 elle entre à l'hôpital Bichat.

Elle est amaigrie, ses chairs sont flasques, son teint est mat, un peu jaune. Pas de coloration des conjonctives. Perte relative de l'appétit. Depuis plusieurs mois elle a un grand dégoût pour les matières grasses qu'elle ne peut digérer.

Jamais de vomissements, mais souvent des nausées le matin.

Constipation habituelle; matières colorées, d'apparence normale.

Douleurs spontanées vagues, mal caractérisées au niveau de la ceinture et à gauche.

*Inspection.* — Peau du ventre soulevée à gauche de l'ombilic par une tumeur de forme générale arrondie.

*Palper.* — On délimite facilement une tumeur un peu plus grosse que les deux poings réunis, de 9 centimètres dans son grand diamètre vertical et de 8 centimètres dans le diamètre transversal. Elle occupe presque toute la hauteur de la région ombilicale, déborde à droite l'ombilic, à gauche s'étend jusqu'aux limites du flanc correspondant.

Forme générale arrondie, assez irrégulière. Consistance ferme

avec une certaine rénittance. Cette tumeur semble à peu près immobile dans le sens vertical, jouit au contraire d'une certaine mobilité dans le sens transversal et semble reliée profondément par une sorte de pédicule à la face inférieure du foie. Lorsque plaçant deux doigts de la main droite sous la région dorsale lombaire gauche, on imprime à la paroi abdominale postérieure quelques secousses, les mouvements se transmettent intégralement à la tumeur qui ballotte et choque la paume de la main gauche appliquée sur la paroi antérieure du ventre.

A la percussion, la tumeur n'est pas franchement mate ; la sonorité est déterminée manifestement à son niveau. Des anses intestinales empiètent sur sa face antérieure. En haut elle est séparée du foie par une zone un peu plus sonore dont la tonalité rappelle celle de l'estomac.

Il y a un peu de sensibilité locale à la pression, mais pas de douleur vraie.

Le foie est augmenté de volume, sa matité commence sur la ligne mamelonnaire à 5 centimètres au-dessous du mamelon et s'étend sur une hauteur de 11 centimètres. Son bord régulier empiète sur la région épigastrique.

L'estomac dilaté remplit l'hypocondre gauche.

Il n'y a pas de matité splénique.

Rien de spécial à signaler du côté du petit bassin.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire.

Le 9 octobre, nous faisons la laparotomie avec Broca.

L'incision médiane traverse l'ombilic. Le ventre ouvert, on voit que l'estomac occupe la partie supérieure de l'incision et que de son bord supérieur se détache le grand épiploon soulevé ainsi que la grande courbure de l'estomac par une tumeur

sous-jacente. Nous cherchons à soulever l'épiploon, mais la tumeur se trouve au-dessus du coïon transverse refoulé en bas et nous ne pouvons arriver à elle.

Fendant alors transversalement l'épiploon gastro-colique entre deux pinces courbes à deux centimètres au-dessous du v. gastro-épiploïque, nous nous trouvons en présence d'une tumeur arrondie, tendue, rénitente, que nous ponctionnons avec le trocart moyen de l'appareil Potain. Nous tirons environ 500 gr. d'un liquide chocolat opaque. Fermant l'orifice avec une pince, nous cherchons à décortiquer la tumeur. Cette décortication est impossible.

Dans ces conditions, nous abandonnons toute tentative d'extirpation et nous suturons les bords de l'incision du kyste aux lèvres de la plaie abdominale. Malheureusement, les parois épaisses d'un centim. se déchirent très facilement. Aussi nous en avoir réséqué un fragment pour examen, nous nous contentons de suturer les lèvres de la paroi épiploïque aux lèvres de la plaie abdominale. La plaie abdominale est suturée au-dessus et au-dessous à trois étages et un gros drain est placé dans la poche.

Le liquide chocolat ne dépose pas ; moussé grisâtre, albumineuse, se coagule par la chaleur, sa densité à 18° est de 1016.

L'analyse faite par M. Guerbet, pharmacien en chef de Bichat donne 4,90 0/0 de matières fixes, dont 4,05 de matières organiques et 0,85 de matières minérales.

Les suites opératoires n'offrent d'abord rien de particulier.

Le deuxième jour, teinte subictérique des conjonctives qui disparaît vite.

Le troisième jour, la malade urine seule.

Le quatrième jour elle rend des gaz par l'anus.

Du septième au douzième jour, on constate un peu d'érythème de la plaie.

Tout allait bien lorsque le 18 octobre surviennent des vomissements. La malade mourut le 28 du même mois sans fièvre, sans réaction abdominale. L'état général était resté médiocre.

*Autopsie.*—Nous n'insisterons que sur les lésions pancréatiques.

Il existe des adhérences pleurales anciennes.

Les reins granuleux sont un peu diminués de volume.

Il n'y a pas de trace de péritonite.

La vésicule biliaire contient une bile normale, pas de calculs.

Le foie est un peu augmenté de volume, il contient un grand nombre de noyaux cancéreux du volume moyen de celui d'un grain de chenevis.

L'estomac est dilaté, il a une direction transversale, l'orifice pylorique est libre, mais le calibre de la partie terminale de la troisième portion du duodénum est diminué par suite des lésions du pancréas à ce niveau.

La fistule passe entre le colon transverse et la grande courbure de l'estomac. Le trajet est constitué par une sorte de canal épiploïque conduisant dans une cavité kystique vide et rétractée. Mais à côté de cette cavité kystique rétractée, existent une série d'autres poches de volume variant d'un pois à un poing d'adulte et qui transforment tout le pancréas en une masse polykystique.

Ces différents détails se voient bien quand on examine le pancréas détaché par sa face postérieure.

La tête du pancréas est saine, le canal cholédoque en rapport avec elle ne présente rien de spécial. La dégénérescence kystique ne commence qu'au niveau du croisement du bord inférieur du pancréas par l'artère mésentérique.

Le kyste principal adhère à la troisième et à la quatrième portion du duodénum en bas ; en avant, il se fusionne complètement avec la paroi postérieure de l'estomac ; en haut, il est relié par des adhérences à la partie postérieure de la face inférieure du lobe gauche du foie.

Les autres kystes isolés les uns des autres ont des dimensions qui varient du volume d'un pois à celui d'un poing. Ils contiennent un liquide épais, visqueux, grisâtre, comparable comme aspect à celui des petites cavités des kystes multiples de l'ovaire. Il est possible de suivre au milieu de ces kystes et dans leurs intervalles, sans communication avec leur cavité, le canal de Wirsung.

L'examen histologique, fait par notre Gilbert, démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma kystique du pancréas, avec modification du cul-de-sac glandulaire présentant des dilations kystiques à tous les degrés.

#### OBSERVATION IV

*Kyste du pancréas. Le Dentu* (Bulletin de la Société anatomique, mars 1865, page 203).

Un homme de 26 ans, charretier, entre le 3 février 1862 à l'Hôtel-Dieu. Il raconte que deux mois et demi avant son admission à l'hôpital, il a reçu un coup de timon à la partie antérieure de l'abdomen ; qu'un vomissement a suivi immédiatement l'accident et qu'il a été obligé d'interrompre ses occupations pendant trois semaines. Il souffrait de douleurs assez vives et intermittentes vers l'hypocondre droit et l'épigastre.

Après avoir éprouvé quelque rémission dans les symptômes, il recommence à souffrir ; ses digestions deviennent difficiles, elles sont accompagnées d'envies de vomir et de diarrhée. Pendant ce temps le malade maigrit et sa constitution s'altère.

À son entrée, on constate au-dessous des fausses côtes droites une tumeur fluctuante, limitée inférieurement par un bord tranchant, qui simule parfaitement celui du foie, par sa consistance et sa direction. Au-dessous, la sonorité reparait à gauche, la ligne de matité s'arrête aux limites de l'épigastre et de l'hypochondre.

Le chef de service diagnostique un kyste séreux du foie probablement enflammé à la suite du traumatisme signalé plus haut.

Le 7 février, au moment de la visite, le malade éprouve une douleur subite dans l'abdomen, on s'aperçoit que sa tumeur a en partie disparu, et que, à la place qu'elle occupait, la percussion produit un son hydro-aérique. Bien qu'aucune évacuation particulière n'ait eu lieu par l'anus, on conclut des phénomènes observés que le kyste s'est ouvert dans le péritoine et que le son hydro-aérique indique sans doute une communication ancienne ou récente de la tumeur avec l'intestin. Un traitement énergique est institué (calomel à doses fractionnées, frictions d'onguent napolitain sur l'abdomen), pour prévenir la péritonite ; celle-ci se produit mais peu intense. Elle disparaît en trois jours et cette circonstance est invoquée à l'appui du diagnostic qui avait établi la nature séreuse du liquide de la tumeur. Peu à peu, le kyste se reforme et les choses reviennent à leur premier état ; le bruit hydro-aérique ne se perçoit plus.

Alors le chef de service, encouragé par un succès complet obtenu par la méthode de Récamier dans le traitement d'un

abcès du foie, se décide, un peu à contre-cœur, à attaquer de la même façon la tumeur de ce second malade. On fait, à des intervalles de deux ou trois jours, cinq applications de potasse caustique, et le 7 mars on fait une ponction au fond de l'eschare. Il s'écoule quatre à cinq cuillerées d'un liquide muqueux, mélangé du sang de la plaie. Aussitôt le malade tombe dans un état d'anxiété extrême, des douleurs intenses se déclarent dans l'abdomen. Une heure après, une péritonite existait et au bout de deux jours et demi, le malade succombait.

A l'autopsie, on découvre que le foie est parfaitement sain, que l'eschare correspond à la face antérieure de l'estomac, qu'il n'y a point d'adhérences entre cet organe et la paroi abdominale, bien que la mortification des tissus soit arrivée jusqu'au péritoine.

L'estomac est repoussé en avant par une tumeur grosse comme une tête de fœtus de neuf mois, qui s'en sépare facilement par la dissection, mais qui a, avec le pancréas, des connexions intimes. La glande ne paraît pas diminuée de volume, mais elle est étalée sur la face postérieure de la tumeur et il est impossible de l'en isoler. La production morbide a pris naissance dans le corps du pancréas; le canal de Wirsung, appliqué sur le kyste, peut être suivi sans peine jusqu'à l'intestin. Le canal cholédoque et les vaisseaux hépatiques ne présentent aucune altération. Quant à la péritonite, elle est des plus manifestes.

Vue extérieurement, la tumeur a une forme régulièrement sphérique; à l'intérieur, ses parois ont un aspect grenu et une coloration rosée. Elles sont d'une apparence fibreuse et ont près d'un demi centimètre d'épaisseur. Dans un point se voit un petit cul-de-sac, vestige probable de la perforation qui s'était faite quelques jours auparavant.

OBSERVATION V

*Kyste de pancréas* (Schwartz. Semaine médicale, 1893, p. 281).

Il s'agit d'une femme âgée de 28 ans, blanchisseuse, entrée dans notre service à l'hôpital Cochin, le 21 janvier 1891, pour une grosse tumeur de l'abdomen. Elle n'accuse pas d'antécédents héréditaires notables, si ce n'est un frère mort tuberculeux et une sœur diabétique, les autres frères et sœurs, au nombre de trois, sont bien portants.

Comme antécédents personnels qui puissent nous intéresser, la malade a eu une bronchite il y a une dizaine d'années et en 1890 une pleurésie. Réglée normalement à 13 ans, elle a eu à 16 ans une première grossesse de huit mois et une deuxième en 1879 avec accouchement à terme. En mai 1889 les règles commencent à devenir irrégulières, puis elles se suppriment tout à fait à partir de janvier 1890.

Il y avait donc deux ans que notre malade n'avait rien vu. Elle se croyait enceinte, d'autant plus que son ventre augmentait de volume que les seins grossissaient, devenaient durs et étaient le siège de picotements, de plus elle avait le matin des nausées allant jusqu'au vomissement.

Au mois de juin 1890, juste 7 mois avant son entrée à l'hôpital, elle fit une chute d'un premier étage, à la suite de laquelle tous les symptômes de la grossesse disparurent, à part l'augmentation de volume de l'abdomen, et cela sans qu'il y ait eu le moindre écoulement d'eau ou de sang par le vagin.

A partir de ce moment, un nouveau symptôme entre en ligne

elle souffre même au repos, de crises douloureuses excessivement violentes qui la tourmentent tous les 2 ou 3 jours et reviennent chaque fois avec la même intensité. Ces douleurs qui siégeaient spécialement au niveau des reins, se sont accentuées 2 à 3 mois après leur début ; elles étaient atténuées par le décubitus latéral droit. En même temps, le ventre grossissait constamment, et la malade nous fait très bien remarquer que c'est surtout par en haut qu'il se développait. Elle dit avoir perdu à deux reprises différentes un peu de sang par le rectum.

Comme symptômes fonctionnels, elle accuse une grande difficulté de la digestion, avec vomissements fréquents glaireux, alimentaires ou bilieux.

A la date du 20 janvier 1894, voici ce que nous constatons : la malade est très souffrante, amaigrie, paraissant plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. L'abdomen est distendu par une tumeur qui représente absolument la forme d'un utérus au septième ou huitième mois de la gestation. Il n'existe nulle part de bosselures, mais la tumeur proémine surtout au-dessus de l'ombilic. Elle est nettement fluctuante de haut en bas et de droite à gauche, car elle remplit le ventre complètement. On constate qu'elle a refoulé l'intestin en bas ; il existe en effet, une zone de sonorité dans la région sus-pubienne. Une zone de sonorité la délimite également d'avec le foie ; on constate en outre de la sonorité au niveau de la région de l'épigastre. Cette dernière se modifie très nettement, en même temps que la forme et le volume du ventre, d'après l'état de réplétion de l'estomac. Les flancs sont partout mats, excepté au niveau de la région des colons.

L'auscultation ne donne aucun résultat, mais, à certains moments, on sent que la tumeur est comme soulevée par des battements.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est petit, et que les mouvements communiqués à la masse, ne lui sont pas transmis. Cette masse est mobile transversalement, mais non verticalement. On ne trouve rien de particulier dans le cul-de-sac. La longueur de la cavité utérine, mesurée à l'hystéromètre est de 0,65 millimètres.

Les troubles fonctionnels sont caractérisés, en premier lieu, par des crises douloureuses excessivement vives que la morphine seule parvient à calmer et qui torturent la malade presque tous les jours ; il existe en outre, une intolérance gastrique complète ; les aliments sont rejetés presque aussitôt et même quand l'estomac est vide, il se produit des vomissements glaireux ou bilieux fréquemment. Il n'y a pas de constipation ni de diarrhée ; les selles ne présentent aucun caractère anormal.

L'urine de réaction acide est normale comme quantité et ne contient ni sucre ni albumine, mais 15 gr. 50 centig. durée par litre.

La diminution des forces a été rapide et l'amaigrissement continuel.

Tel était l'état de notre malade quand nous le vîmes pour la première fois.

A quel diagnostic fallait-il s'arrêter ?

J'avoue que notre embarras était grand. Il ne pouvait s'agir pour nous ni d'une grossesse, ni d'une tumeur siégeant sur l'utérus ou ses annexes : l'indépendance complète et le peu de volume de la matrice, l'absence de bosselures dans les culs-de-sac et la sonorité sus-pubienne plaidaient contre une pareille hypothèse.

Nous ne pouvions songer davantage à une tumeur kystique du foie.

Les tumeurs du rein furent éliminées parce que jamais il n'y avait eu aucun trouble du côté des urines, que de plus la tumeur semblait plutôt médiane et en rapport avec le colon transverse ou l'estomac.

S'agissait-il d'une péritonite tuberculeuse enkystée, d'un kyste du mésentère ou d'un kyste rétro-péritonéal, d'un kyste du pancréas en particulier.

Nous aurions pu, pour nous éclairer faire les recherches recommandées par M. Minkowski et Naunyn et qui consistent à dilater artificiellement l'estomac par des gaz ou le gros intestin par des liquides injectés en lavements. D'après les rapports qu'affecte la tumeur en question, il est en général assez facile de porter le diagnostic de siège, quand il s'agit par exemple d'un kyste rétro-péritonéal ou du pancréas, l'estomac vient recouvrir la tumeur en avant et s'y manifeste par une voussure, un son hydro-aérique à la percussion et du clapotement quand il contient des gaz et des liquides mélangés...

Il y avait dans le cas qui nous occupe actuellement, l'antécédent étiologique le plus habituel, le traumatisme, puis un signe qui est noté fréquemment quand il s'agit de kyste du pancréas; c'était ces crises douloureuses que présentait notre malade, ces névralgies que Friedreich et d'autres auteurs ont désignées sous le nom de coéliquies. Elles étaient très violentes chez elle et telles qu'elle réclamait à grands cris une intervention rapide. En même temps existaient des vomissements fréquents, glaireux, bilieux ou alimentaires, si bien que les derniers temps il lui était impossible de se nourrir.

Par contre, il n'y avait ni sucre dans les urines, ni graisse dans les selles; de temps en temps notre malade avait de la diarrhée.

La laparotomie fut pratiquée chez ma malade le 17 février 1891, avec l'aide de mon collègue, M. le Dr Routier.

Une incision médiane, traversant couche par couche la paroi, commençait un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde, puis pas tant par l'ombilic, s'arrêtant à 4 ou 5 centimètres au dessus de ce dernier, elle avait une longueur de 13 centimètres.

Nous trouvions, une fois le péritoine ouvert, que la tumeur de couleur brunâtre était recouverte en haut par l'estomac, au milieu par le colon transverse, les deux réunis par l'épiploon gastro-colique étalé à la surface de la poche sur une hauteur de 2 centimètres environ. C'est par là que nous l'avons abordée, dévoilant l'estomac en haut, le colon en bas. Après nous être assuré qu'elle adhérait à l'intestin et au grand épiploon, nous avons avec le gros trocart de l'aspirateur Potain, fait une ponction qui a évacué six litres environ d'un liquide brunâtre. Après avoir incisé largement la poche, nous explorons sa cavité qui nous conduit en arrière jusques sur l'aorte abdominale dont on sent les battements; elle se prolonge en bas jusque vers le petit bassin : en haut elle remonte derrière l'estomac et le foie.

Nous n'avons pas discuté un instant l'éventualité de l'extirpation totale qui de prime abord nous a paru impossible et après une toilette minutieuse du péritoine, nous avons suturé l'incision kystique aux lèvres de la plaie péritonéo-abdominale par un plan de sutures en crin de Florence. Deux gros drains en canon de fusil sont introduits dans la poche et fixés par des crins à la paroi abdominale.

L'opération avait duré trois quart d'heure.

Voici quelles en furent les suites immédiates.

Tous les symptômes pénibles disparurent aussitôt, mais notre opérée fut prise pendant la première quinzaine surtout, de

sueurs profuses qu'elle ne présentait pas auparavant et qui durèrent jusqu'en mars.

Les drains furent retirés ce jour-là, ils avaient donné issue à un liquide analogue à celui de la ponction, puis de plus en plus clair et devenu vers la fin liquide comme de l'eau. Une sonde en gomme, mise à leurs lieu et place et faisant office de siphon ramenait chaque jour de 200 à 250 grammes de sérosité environ dans un bocal placé à côté du lit.

Jamais nous n'avons observé de digestion des bords de la plaie, mais de la rougeur et une tendance à l'excoriation qui a été combattue par l'application de vaseline, au salol et à l'oxyde de zinc.

L'opérée remonta rapidement, malgré ses déperditions de sueur et de liquide et fut prise d'un appétit dévorant ; elle ne parvenait pas à se rassasier.

Il persista une fistule jusqu'en mai 1891, c'est-à-dire pendant quatre mois, puis le trajet se ferma et vous pouvez voir aujourd'hui qu'il n'a aucune tendance à se rouvrir, que l'abdomen est souple et qu'il existe seulement une légère tendance à l'éventration, au niveau, de la partie médiane de la cicatrice abdominale, notre opérée est d'ailleurs en parfait état de santé.

Nous avons fait analyser le liquide recueilli pendant l'opération, puis celui qui s'écoulait par la sonde au bout de deux mois.

Il a été nettement démontré que tandis que celui du début très pauvre en urée, très riche en albumine, ne contenait rien qui rappelât le suc pancréatique, l'autre, au contraire, renfermait un ferment soluble, une diastase susceptible d'hydrater l'amidon et de la transformer en glucose.

La quantité de ferment contenu dans 70 c.-c. de liquide a pro-

duit en 54 heures 7 gr. 992 milligr. de glycose provenant de l'action exercée sur 7 gr. 191 milligr. d'amidon.

#### OBSERVATION VI

*Gros kyste glandulaire de la queue du pancréas contenant 3 litres de liquide hématique. Ablation complète de la poche ; guérison.*

*Gazette des hôpitaux* du 19 mars 1896 ; par M. Cibert, interne des hôpitaux de Lyon.

D..., Marie vingt-six ans, née à Chaneins (Ain) entre le 7 novembre 1895 dans le service de M. le Professeur Poucet, salle Sainte-Anne n° 10.

Cette malade n'accuse aucun antécédent héréditaire : son père et sa mère sont vivants, en bonne santé ; elle a une sœur et deux frères, qui eux aussi sont bien portants.

Dans ses antécédents personnels, nous ne trouvons rien de pathologique. Réglée à quinze ans, elle a eu deux enfants : en 1889 et en 1891.

Pendant sa première grossesse, à peu près vers le quatrième mois, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur abdominale qu'elle percevait nettement, sur la ligne médiane, au-dessus de l'utérus gravide. Elle n'éprouva du reste, aucun malaise, si ce n'est quelques douleurs faibles, de courte durée, dans le bas ventre.

L'accouchement s'effectua normalement, mais la tumeur abdominale persista augmentant peu à peu.

Survint la deuxième grossesse. Le volume trop considérable de son ventre inquiéta la malade. Elle alla consulter un méde-

cin. Celui-ci ordonna un traitement qui ne fut pas suivi, et sur lequel nous n'avons aucun renseignement.

Le second accouchement, comme le premier, se fit bien, avec une grossesse sans accidents.

Depuis lors la tumeur continue à s'accroître lentement, progressivement. La malade ne ressentait aucun malaise ; elle remarqua seulement qu'après une marche, un effort même peu violent, sa respiration devenait courte, haletante.

La digestion s'accomplit toujours parfaitement. Jamais de vomissements, pas de dégoût pour certains aliments, pas de stéarrhée. Selles normales, régulières.

Jamais de troubles de compression de la vessie, de l'intestin ou des vaisseaux abdominaux.

La malade entre dans le service de M. Poncet.

Le ventre est très volumineux, présente une saillie médiane, surtout marquée à l'ombilic. Les parois abdominales sont souples. La tumeur régulière non bosselée, arrondie, paraît avoir le volume d'une tête d'adulte. En la palpant, on a la sensation d'une poche pleine de liquide, très tendue, rénitente.

La mobilité est remarquable. En la saisissant latéralement avec les deux mains, on peut, sans aucune peine, lui imprimer dans tous les sens des mouvements très étendus.

On la délimite bien de tous côtés. Une bande de sonorité la sépare nettement du foie, de la région pubienne et des flancs. L'estomac est au-dessus d'elle et ne la recouvre pas en avant.

Le toucher vaginal ne donne pas de résultat : utérus mobile. Les mouvements imprimés au kyste ne sont pas perçus. Les culs-de-sacs libres sont très souples, et on ne peut arriver à toucher la tumeur par le vagin.

Toucher rectal négatif.

La malade a un peu maigri, mais l'état général est très bon.

On ne trouve ni albumine, ni sucre dans les urines.

La température a toujours été normale.

Le 13 novembre, M. Poncet pratique la laparotomie.

Anesthésie à l'éther. Incision sus et sous-ombilicale de 20 centimètres.

Aussitôt les plans aponévrotiques divisés et le péritoine incisé on trouve la tumeur abdominale, mais on ne l'aperçoit que par transparence; elle est en effet, recouverte par une toile cellulo-graisseuse qui glisse à sa surface. On reconnaît bientôt que l'on se trouve en présence de l'épiploon gastro-colique; en effet le colon transverse est considérablement abaissé, refoulé au-dessus du pubis. Quant à l'estomac, il est difficile de l'apercevoir caché qu'il est sous le diaphragme. L'épiploon gastro-colique est tendu entre ces deux organes et étalé au-devant de la tumeur.

Incision sur la ligne médiane de l'épiploon gastro-colique, on est alors directement sur le kyste, qui est sillonné par des lacs veineux de très gros volume; ils sont nombreux, et dans les manœuvres de décortication, ils se rompent plusieurs fois; l'hémorrhagie se fait alors par de très gros jets de sang, dont on se rend maître par des pinces à pression continue.

La tumeur mise en nu, est ponctionnée avec un gros trocart à ovariectomie, et il s'écoule au moins trois litres d'un liquide marron foncé, rappelant la coloration des épanchements hydro-hématiques anciens, couleur chocolat. Après évacuation de la poche, on commence la décortication. Celle-ci est particulièrement pénible; il est difficile de trouver une couche de clivage. Pourtant, cette manœuvre se fait petit à petit, des pinces

hémostatiques sont posées sur les vaisseaux qui saignent, au fur et à mesure de leur ouverture.

A un moment donné, alors que le travail de dissection se produit dans la profondeur, du côté de la colonne vertébrale, on voit le pancréas et on constate qu'il a des rapports absolument intimes avec la tumeur. En effet, son tissu se perd sur les parois de celle-ci, à un moment on se trouve juste au devant du rachis; on a atteint à peu près la limite du fond de la poche; il est difficile sinon impossible de créer un pédicule vrai, aussi avec une grande pince courbe, on embrasse simultanément le fond de la poche et la portion du tissu pancréatique qui lui est adhérente, le pédicule comprend de gros vaisseaux.

Excision et ablation de la tumeur.

On éponge rapidement avec de gros tampons la cavité abdominale; des pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux, car il se produit une hémorrhagie assez abondante. On essaie de faire des ligatures, mais celles-ci tiennent mal, et devant l'insuffisance de ce moyen d'hémostase, on se décide à laisser sept pinces à demeure, en outre de la grande pince qui étreint la pédicule. Drainage à la Mickulicz.

Pansement iodoformé. Bandage de corps.

Le soir et le lendemain, la malade éprouve de légères coliques, l'état général reste bon.

Le 15 novembre 1895. — La température est de 37°,9. On se décide à enlever les sept pinces hémostatiques. On veut en faire de même pour la grande pince courbe, aussitôt un flot de sang sourd en abondance du fond de la plaie; heureusement les mors de la pince n'avaient pas été déplacés, on les serre et l'hémorrhagie s'arrête. Le soir, la température monte à 38°,5.

Les jours suivants un peu de fièvre se déclare, mais l'état général reste satisfaisant; on panse la malade tous les jours.

On ne peut enlever la pince qui tient le pédicule que le 20 novembre.

A ce moment, se produit une suppuration assez abondante, causée par l'élimination du pédicule; pus d'odeur très fétide; pas de signes de péritonite, malgré une élévation quotidienne de température; elle atteint 40 degrés le soir du 23 novembre.

Le 29 novembre, M. le professeur Poncet se décida à enlever complètement le drainage à la Mickulicz, qu'on n'avait pu extraire en totalité, à cause de l'hémorrhagie qui se produisait, très abondante, au moindre attouchement de la plaie.

Le surlendemain, la température retombe à 38 degrés, et dès lors reste normale, la fièvre disparaît complètement, la malade reprend l'appétit, ne se plaignant d'aucun malaise.

Une fistule s'établit entre le pédicule et l'orifice cutané; elle suppure un peu. Pansements fréquents.

Le 15 décembre. — On examine les urines, pas d'albumine, ni de sucre.

La fistule mesure 4 centimètres de profondeur; la malade se lève une ou deux heures par jour; la malade quitte l'hôpital le 15 janvier complètement guérie.

Chez cette jeune femme, la tumeur qui s'était développée, dès son début, dans la région ombilicale et sus-ombilicale n'avait entraîné aucun malaise bien appréciable, et rien dans son évolution ne pouvait laisser supposer un kyste hydatique. En l'absence de tout trouble fonctionnel, aucun signe ne pouvait révéler une lésion du pancréas.

Les urines, les selles n'ont jamais rien présenté d'anormal.

La tumeur s'était développée aux dépens des acini de la

queue du pancréas; l'organe était sain dans tout le reste de son étendue.

Le kyste avait une grande mobilité.

M. Poncet dut se contenter d'un diagnostic opératoire.

Malgré le succès de l'extirpation totale de ce gros kyste pancréatique. M. le Dr Poncet pense que l'opération de choix doit être la laparotomie avec ouverture pure et simple du kyste pancréatique et marsupialisation de la poche.

Le liquide provenant du kyste a été analysé par M. Porteret, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

« Sérosité alcaline, contenant 1 gr. 75 d'urée, des traces de paralbumine; ce liquide forme avec l'huile une émulsion stable; il a sur l'amidon un pouvoir saccharifiant assez notable et n'attaque pas la fibrine.

La tumeur présentait la teinte bleutée qu'ont d'ordinaire les kystes de l'ovaire. La paroi, lisse, était sillonnée par de nombreux troncs veineux, dont quelques-uns, surtout vers le pédicule, avait le diamètre d'une plume d'oie. La poche paraissait uniloculaire, en ce sens qu'il n'y avait qu'un seul gros kyste, mais dans l'épaisseur de la poche se trouvaient inclus une multitude de petits kystes dont le plus gros ne dépassait pas le volume d'une noisette. En outre, la cavité du grand kyste était sillonnée par de longues brides, la cloisonnant en une série de loges qui toutes communiquaient les unes avec les autres. L'épaisseur de la coque du kyste mesurait environ 3 ou 4 millimètres ».

*Examen histologique* (pratiqué par M. le professeur Dor, chef de laboratoire de la clinique chirurgicale). — « Les coupes ont porté sur un point où se trouvaient réunis, dans un espace

d'un centimètre carré environ, une dizaine de petits kystes visibles à l'œil nu, ayant tout au plus les dimensions d'une tête d'épingle.

Un fragment, fixé sur une lame de liège fut immergé pendant quelques heures dans une solution d'aldéhyde formique, puis durci dans l'alcool ordinaire, inclus dans la paraffine et coupé au microtome. Les préparations ont été colorées au picro-carmin.

A un faible grossissement, la paroi principale de la poche est constituée par une large bande de tissu fibreux stratifié. A mesure que l'on avance vers l'intérieur, on trouve inclus dans cette paroi des acini glandulaires de plus en plus nombreux. On assiste à la transformation progressive de ces acini en cavités kystiques ; enfin on ne trouve plus que des brides conjonctives tapissées sur leurs deux faces par de l'épithélium ; ces travées connectives séparent deux kystes plus considérables.

C'est là une disposition absolument comparable à celle que l'on rencontre dans toutes les tumeurs kystiques et spécialement celle de l'ovaire. Mais en examinant à un grossissement plus fort la constitution des différentes cavités, en partant des acini glandulaires, on reconnaît ces caractères particuliers :

Dans un premier point qui représente la glande avant sa transformation kystique, on rencontre un groupe de 10 à 12 acini glandulaires, pour la plupart de forme allongée. Deux ou trois sont circulaires, la coupe ayant porté sur un diamètre perpendiculaire à leur axe. Des cellules pyramidales les constituent. Leur sommet converge vers le centre de l'acinus, on en compte deux ou trois par quadrant, environ 12 à 16 pour un cercle complet. Elles se composent d'un protoplasma granuleux, entouré par une membrane distincte et d'épaisseur égale

dans toute son étendue. A la base de l'élément se trouve un gros noyau bien coloré, et il ne paraît pas y avoir de cellules de remplacement. Une trame conjonctive mince enveloppe l'acinus.

En somme, une très grande analogie entre ces acini et ceux d'une parotide ; mais ici il n'y a pas de lumière centrale, les cellules se touchent toutes par leur sommet ; en outre, la forme des acini est le plus généralement allongée, au point de former une ellipse dont le grand diamètre a trois fois la dimension du petit.

Au voisinage de ces points normaux il se trouve un autre groupe dans lequel les cellules ont à peu près le même aspect, mais les acini ont une lumière centrale, et on assiste ainsi à leur transformation progressive en un kyste microscopique.

Au fur et à mesure que le kyste grandit, les cellules changent de caractère, deviennent cylindriques, et leur cuticule disparaît au sommet ; enfin, fait important, le protoplasma est de moins en moins granuleux ; la cellule ressemble à celle des glandes de Lieberchühn.

En même temps, le tissu conjonctif péri-acineux augmente : au lieu d'une simple trame connective, on trouve un tissu conjonctif muqueux avec de nombreuses cellules ramifiées et quelques cellules fixes. Dans les plus grands kystes, le revêtement est en tous points comparable à celui des kystes ovariens, mais il existe de nombreux diverticules constitués par les acini à lumière centrale. L'orifice qui fait communiquer le kyste avec l'acinus est d'abord très étroit, puis il s'élargit progressivement, finalement on rencontre de simples dépressions et toute la paroi prend un aspect ondulé. Enfin dans les kystes

de plus grandes dimensions, l'épithélium, après avoir été cubique, s'aplatit.

La plupart des cavités ont un contenu finement granuleux; dans quelques-unes on perçoit des débris de globules sanguins.

Tout autour des grands kystes, on voit un grand nombre de vaisseaux : les uns sont des capillaires normaux, les autres sont des capillaires considérablement dilatés.

Le tissu conjonctif subit aussi diverses modifications : par places il est surtout muqueux ; en d'autres points il devient franchement fibreux et l'on trouve de larges bandes stratifiées dans les points les plus périphériques.

Le diagnostic histologique paraît absolument certain : il s'agit d'une transformation kystique d'une glande et le processus nous paraît avoir de nombreuses analogies avec celui de la maladie kystique du sein ».

#### OBSERVATION VII

*Kyste du pancréas (Tillaux. Traité de chirurgie.  
T. II, p. 171).*

Jean B..., âgé de 16 ans, ayant toujours eu une bonne santé, fait, le 29 novembre 1845 une chute d'une hauteur de 3 mètres il tombe d'un arbre et l'abdomen vient heurter sur une grosse racine saillant de terre. La douleur immédiate fut très vive, cependant le malade put se relever et accomplir, courbé en deux, un trajet de deux cents mètres. Cette chute qui marque bien nettement le début de la maladie, eut lieu une heure après le repas et provoqua le rejet immédiat des aliments. Le repos au lit fut nécessaire.

Pendant les cinq premiers jours, se manifeste un peu de réaction péritonéale avec ballonnement du ventre, constipation, vomissements verdâtres. Les vomissements cessèrent spontanément et le seul phénomène morbide observé et qui a persisté durant toute la durée de l'affection, a consisté en crises douloureuses.

Ces crises, provoquées par l'ingestion des aliments, survenaient immédiatement après et duraient parfois près d'une heure. Elles se reproduisaient sans régularité aucune ; il n'était pas rare de voir plusieurs jours se passer sans la moindre douleur alors que d'autres fois les crises pouvaient, pendant 8 jours consécutifs, se reproduire après chaque repas.

M. le professeur Tillaux constate, six semaines après l'accident, une légère voussure au niveau de la région épigastrique et en l'espace de 15 jours, la voussure se transforme en une tumeur des plus nettes.

Les crises douloureuses étaient de plus en plus pénibles ; il n'y avait pas d'ictère, mais l'amaigrissement faisait des progrès rapides et c'est alors que M. le professeur Tillaux, se refusant à une ponction, propose la laparatomie exploratrice. L'opération fut pratiquée le 15 décembre, c'est-à-dire deux mois et demi après la chute, début de tous les accidents.

Voici, dans les quelques jours qui ont précédé l'opération, quels étaient les signes constatés.

En examinant la paroi abdominale, on voyait une voussure épigastrique des plus nettes, rendue encore plus apparente par l'amaigrissement si marqué du malade et l'aplatissement des parties de l'abdomen.

La tumeur qui s'étendait à droite et à gauche de la ligne médiane débordait cependant un peu plus à gauche. Elle était de

la grosseur d'une tête de fœtus, arrondie, lisse, régulière et rénitente, sans souffle, ni battements.

Absolument indépendante de la paroi abdominale, et très légèrement mobile avec la respiration, elle était mate à la percussion et la matité se continuait à droite sans aucune bande de sonorité avec la matité hépatique. À gauche la matité était séparée du rebord des fausses côtes par un espace large de 3 travers de doigt. En bas, elle affleurait l'ombilic. Mais ce qui frappait surtout à l'examen clinique, c'était la variabilité des symptômes suivant le moment de l'observation, particulièrement dans les 2 ou 3 jours qui ont précédé l'intervention.

La percussion donnait parfois de la sonorité au même endroit où la veille, le doigt avait révélé de la matité, on retrouvait bien la tumeur avec sa matité, mais seulement dans la portion située à droite de la ligne médiane. À gauche l'estomac semblait s'être interposé entre la paroi et la tumeur abdominale.

L'examen du liquide stomacal a révélé un suc gastrique normal, l'examen du sang a montré que les globules, blancs et rouges, étaient en proportion régulière.

Le diagnostic de kyste pancréatique ne fut pas posé, le malade avait été vu par MM. les professeurs Potain, Hayem et Hanot, et les hypothèses de kyste hépatique du foie, d'abcès du foie, de tumeur maligne du foie, furent émises.

*Opération.* — Pratiquée le 15 décembre sous l'anesthésie chloroformique, par M. le professeur Tillaux. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Le péritoine pariétal incisé laisse découvrir une tumeur venant de la profondeur, sans connexion aucune avec le foie, tumeur recouverte par un second revêtement péritonéal, et encadrée à sa partie supérieure et latérale droite par la pre-

mière et la seconde portion du duodénum. Faisant saillie entre le duodénum et le colon transverse, elle refoule l'estomac vers la gauche. A sa surface rampent des veines saillantes et volumineuses, dont quelques unes grosses comme la saphène interne. Le diagnostic de kyste du pancréas est alors posé et la ponction est pratiquée avec un fin trocart. On retire 800 grammes d'un liquide citrin, puis la poche est largement ouverte, suturée à la paroi et drainée. La surface intérieure est lisse, rouge et son épaisseur de quelques millimètres seulement. Elle ne contient que du liquide sans fausses membranes ni vésicules hépatiques.

Les suites opératoires furent simples, mais un écoulement très abondant de liquide limpide et transparent se faisant continuellement par les drains, obligea de changer le pansement plusieurs fois par jour. Au quinzième jour, le malade se lève et porte une ceinture de caoutchouc avec réservoir pour recueillir le liquide. Dans les deux mois qui ont suivi l'opération, l'écoulement a atteint jusqu'à 100 grammes par jour.

Le liquide retiré au cours de l'opération n'a pu être examiné, mais l'analyse du liquide s'écoulant par la fistule a montré qu'il s'agissait d'un liquide limpide, faiblement alcalin, ne contenant pas d'albumine et ne digérant pas l'albumine.

L'état général est excellent, la croissance continue, l'opéré présente tous les signes d'une excellente santé, mais la fistule persiste encore à l'heure actuelle (février 1897), c'est-à-dire 14 mois après l'opération, et laisse écouler chaque jour de 100 à 150 grammes de liquide.

Nous avons eu l'occasion de voir M. le professeur Tillaux au sujet de cette observation; l'opéré se porte très

bien et offre tous les dehors d'une santé parfaite, néanmoins sa fistule n'est pas encore tarie et laisse toujours écouler au dehors le suc pancréatique (décembre 1898). La fistule n'est donc pas encore fermée trois ans après l'opération.

OBSERVATION VIII

*Cruveilhier* (Revue de chirurgie, 1863).

Chez un homme qui avait succombé après avoir présenté de l'ictère pendant plusieurs mois, on trouva à l'autopsie une dilatation de la vésicule biliaire du canal cholédoque. La face antérieure du pancréas était soulevée par une tumeur aqueuse assez considérable. Nous ouvrimus cette tumeur qui contenait une assez grande quantité de liquide transparent et séreux. La surface interne présentait des rides aux plis transversalement dirigés, assez nombreux, et de petites ouvertures. Cette poche allongée dans le sens du grand diamètre du pancréas, n'était pas un kyste séreux, comme je l'avais d'abord cru, mais le canal pancréatique prodigieusement distendu, dont l'orifice duodénal était fortement comprimé par une dégénération squirrheuse de la tête du pancréas. Cette dégénération comprenait aussi la partie inférieure de cholédoque, d'où la dilatation de ce canal, la rétention de la bile et de l'ictère. Le foie qui était d'un vert foncé, imprégné qu'il était de bile, n'offrait d'ailleurs aucune lésion organique.

OBSERVATION IX (1) (Le Dentu).

Kyste traumatique du méso-colon transverse (*Bulletin médical*, année 1887, page 1042).

En 1885, le malade se contusionne violemment la région de l'hypocondre gauche et se fracture une côte.

En décembre 1886, l'appétit diminue, les digestions deviennent pénibles, en mars 1887, son ventre a grossi : En mai, il est ponctionné par M. Manoury (de Chartres) et il s'écoule plus d'un litre et demi d'un liquide analogue à de la bière.

Reproduction de la tumeur. Entrée du malade dans le service de M. le professeur Le Dentu, le 17 juin de cette même année. C'est un homme de 33 ans, encore vigoureux. La tumeur occupe l'hypocondre et une partie de l'épigastre. Elle bombe en avant et est fluctuante, on peut la mouvoir un peu latéralement. Ses divers caractères sont tels que M. le professeur Le Dentu

1. M. le professeur Le Dentu a bien voulu nous faire l'honneur de nous communiquer cette observation qu'il avait publiée sous le titre de Kyste traumatique du méso-colon transverse (titre que d'ailleurs nous lui avons conservé). Toutefois les adhérences avaient empêché de préciser les rapports exacts de la tumeur avec le feuillet supérieur du méso-colon transverse et avec le pancréas. M. le professeur Le Dentu se demande aujourd'hui s'il ne s'agissait pas en réalité d'un kyste du pancréas. C'est sur son conseil que nous reproduisons ici son observation.

diagnostique un kyste traumatique de la queue du pancréas ou du méso-colon transverse.

Un seul traitement paraît possible, la laparotomie, la fixation de la poche à l'incision de la paroi abdominale, le drainage.

M. le professeur Le Dentu fait l'opération le 2 juillet 1886, elle comprend les temps suivants :

1° Incision de la paroi abdominale en dehors du muscle grand droit, au-dessous des fausses côtes.

2° Relèvement du grand épiploon qui permet de constater que la poche siège réellement entre les 2 feuillets du méso-colon transverse.

3° Remise en place du grand épiploon pour attaquer le kyste entre la grande courbure de l'estomac et le colon transverse après avoir pratiqué une large fenêtre dans la partie supérieure de l'épiploon qui le recouvre.

4° Une fois le kyste mis à nu, ponction et évacuation de la plus grande partie du liquide.

5° Fixation de l'épiploon puis du kyste aux lèvres de l'incision abdominale, drainage au moyen de deux drains, gros et longs.

Pansement à l'iodoforme. Suites. Sauf une suppuration de quelque abondance dans le trajet de fils d'argent, tout marche à souhait.

Guérison complète en 75 jours.

OBSERVATION X

*Kyste sanguin du pancréas.* Th. Anger (Société anat., mars 1865, page 192).

Trinquesse (Jacques), 72 ans, allumeur de becs de gaz, entra à l'hôpital Baujon, salle Saint-Jean, n° 14, le 27 février 1865.

Il meurt après avoir présenté de nombreux troubles morbides.

*Autopsie.* — 30 heures après la mort.

En ouvrant l'abdomen, on voit, au niveau et en avant du rein gauche une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus. Tout d'abord je crus à un kyste de rein. Cette tumeur était en rapport : en avant, avec la paroi abdominale, l'estomac et le colon transverse, en haut avec le diaphragme, en bas avec le colon descendant, en arrière avec le rein ; en dedans avec le pancréas ; en dehors et en haut avec la rate, qui était cachée en arrière, entre le diaphragme et la tumeur. Une dissection rapide nous permet de constater qu'elle n'adhère au rein et à la rate que par un tissu cellulaire lâche, au milieu duquel on aperçoit les vaisseaux qui se rendent à ces organes. Mais en dehors, la gaine du pancréas est intimement appliquée et adhérente à la tumeur. La capsule surrénale en est complètement indépendante.

De ces quatre organes, c'est évidemment le pancréas qui offre avec la tumeur les rapports les plus intimes. La surface externe est inégale, bosselée ; ses parois d'une épaisseur très variable. La fluctuation est manifeste dans toute l'étendue, sur tous les points. Au niveau des bosselures, la minceur des parois laisse

voir une coloration noirâtre. Nulle transparence. En disséquant attentivement la tumeur, on voit en arrière et en haut, l'artère et la veine spléniques intimement appliquées sur la tumeur difficiles à isoler, en voyant l'une et l'autre, des vaisseaux nombreux (5 à 6) qui sillonnent toute la surface et marchent dans l'épaisseur même des parois. Ces vaisseaux sont gros, volumineux, et admettent facilement un stylet de trousse. Par une dissection attentive, on parvient à détacher de la tumeur les lobules du pancréas, ou au moins, en grande partie, car au-dessous d'eux reste confondu avec la paroi, un tissu cendré, qui paraît également glandulaire.

En ouvrant la tumeur, il s'en échappe une quantité considérable de sang liquide, noirâtre, qui, porté sous le microscope, ne contient que des globules sanguins peu altérés, la plupart libres, beaucoup empilés.

Outre ce sang liquide, on voit du sang coagulé assez récemment, formant des caillots noirs et fibrineux, entremêlés, un peu ramollis. Après avoir lavé la paroi interne, on observe une disposition curieuse : toute la surface interne est inégale, réticulée, parcourue par des brides incomplètes, et son aspect rappelle tout à fait la paroi interne du ventricule droit ou de la vessie à colonnes.

Au niveau des bosselures, on voit des diverticulums communiquant largement avec le kyste principal par plusieurs ouvertures, mais néanmoins séparés du kyste par des prolongements cellulo-fibreux. La paroi de ce kyste est, en 4 ou 5 points envahie par des noyaux durs, résistants. L'un de ces noyaux est crétacé, un second est fibro-cartilagineux, un troisième est formé d'une substance fibrineuse rougeâtre, criblée de petits épanchements sanguins.

*Discussion.* — Quelle est l'origine de cette tumeur ? D'abord, dans quelque point de la surface interne qu'on fasse une coupe microscopique, on voit nettement l'épithélium nucléaire, des noyaux épithéliaux et quelques cellules, les uns libres, les autres rangés en tube. Cet épithélium ressemble exactement à l'épithélium du pancréas pris sous les lobules adhérents aux parois du kyste. En outre, on constate souvent, dans ces coupes, l'existence de culs-de-sac glandulaires. Les cloisons qui parcourent la face interne sont formées principalement de tissu conjonctif au milieu duquel existent des vaisseaux et ça et là, quelques débris d'acini. Sur plus de dix préparations prises en différents points, nous avons toujours constaté des culs-de-sac, des éléments d'épithélium, nucléaires et des culs-de-sac glandulaires. Cet examen nous permet de résoudre la question d'origine. Evidemment c'est un kyste qui a pris naissance dans la queue du pancréas. La présence de culs-de-sac glandulaires et de l'épithélium ne permet aucun doute à cet égard..

Les cloisons qui sillonnent la face interne sont des débris du tissu conjonctif inter-lobulaire ; cette explication est d'autant plus probable qu'on y trouve encore quelques éléments glandulaires atrophiés, et les vaisseaux interlobulaires.

La présence du sang dans le kyste n'est pas moins facile à expliquer. La distension progressive du kyste aura fini par rompre quelques cloisons, d'où l'hémorrhagie.

En résumé, voici comment nous nous expliquons la pathogénie de ce kyste. Dans l'origine, ce n'était qu'une simple dilatation d'un cul-de-sac glandulaire. Peu à peu, la poche, en se distendant, a comprimé et atrophié les lobules voisins. Le struma fibreux de ces lobules, plus résistant, a persisté et formé ces cloisons réticulées que nous avons décrites à la face

interne. Quelques-unes de ces cloisons, plus faibles, se seront rompues, et le kyste, de séreux est devenu sanguin.

Il est une autre explication également vraisemblable. Nous savons que le malade avait reçu, il y a plusieurs années, une pièce en fonte sur la poitrine : un épanchement sanguin dans la queue du pancréas a pu en être le résultat. Cet épanchement se serait enkysté, refoulant autour de lui le tissu pancréatique et s'en formant pour ainsi dire une enveloppe. Ce serait là une autre façon d'interpréter la présence des éléments du pancréas dans les parois du kyste.

#### OBSERVATION XI

*Observation de Hagenbach (Clinique de Socin de Bâle).*

*Kyste de la tête du pancréas. Compression du duodenum avec symptômes d'occlusion intestinale aigue. Laparotomie. Ponction du kyste. Mort d'ileus.*

Catherine B..., 45 ans, de Steinseltz (Alsace), entre le 18 mai 1887 à la clinique interne de l'Hôpital de Bâle.

Pas d'antécédents héréditaires ni morbides, sauf une pneumonie contractée il y a quelques années.

La malade est mariée; elle n'a jamais eu de couches. Menstruation irrégulière.

Le début de sa maladie actuelle date du 15 mai, il a été brusque et s'est manifesté par des douleurs lancinantes dans toute la région du bas ventre sans cause appréciable. Vomissements incoercibles de matières verdâtres mêlées à différentes reprises d'une petite quantité de sang rouge.

Constipation depuis le 15 mai. Urines foncées.

Etat actuel le 13 mai : constitution chétive. L'abdomen est plat ; la moitié inférieure du ventre est souple, élastique ; l'épigastre et les deux hypochondres sont plus résistants et sensibles à la pression. Il n'y a pas de tumeur. Tous les organes sont normaux. Pas d'œdème des extrémités inférieures. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le malade vomit d'une façon presque continue de grandes quantités de liquide verdâtre peu odorant.

Douleurs très vives dans l'hypogastre.

*Traitement.* — Repos au lit, application de glace sur l'épigastre, glace à l'intérieur, lavages de l'estomac. Ce traitement amène un certain soulagement dans l'état de la patiente.

Le 21. — Elle rend une selle copieuse, à la suite de l'administration de plusieurs lavements forcés.

A partir du 22, selles régulières, plus de vomissements.

Le 25. — La langue est moins chargée, le ventre est souple, indolore, état général satisfaisant ; apyrexie.

Les jours suivants, l'état empire. Température entre 38°,1 et 39°,1. Pouls à 110 ; palper épigastrique, très douloureux ; on songe à un carcinoma de l'estomac, sans constater de tumeur. Il n'y a pas d'ictère.

Le 1<sup>er</sup> juin. — On constate pour la première fois la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant qui fait saillie sous le rebord costal droit. Les limites inférieures et latérales sont assez nettes ; à droite elle s'étend jusque dans le voisinage de la ligne mamillaire ; à gauche elle dépasse la ligne blanche de trois travers de doigt ; inférieurement elle déborde l'ombilic d'un travers de doigt.

La consistance est élastique ; elle n'est pas fluctuante, mais très sensible à la pression. Elle présente une certaine mobilité

latérale ; mais ne suit pas les mouvements de la respiration. On y constate la présence de battements isochrones au pouls ; au devant de la tumeur on constate une zone de sonorité.

Le foie est normal et peut-être délimité par la percussion dans toute son étendue.

L'abdomen est d'ailleurs aplati dans sa partie inférieure ; insensible ; il n'y a pas d'ascite. Urines normales.

Ce qu'il y a de mieux dans cette observation ; c'est l'apparition soudaine de la tumeur. Le 31 mai au soir on n'en avait pas constaté trace ; la malade suppose elle-même qu'elle a dû se développer pendant la nuit l'ayant sentie ce matin 1<sup>er</sup> juin pour la première fois.

L'analyse des symptômes observés jusqu'à ce jour, la constipation d'alant de sept jours pleins ; les vomissements opiniâtres et la grande sensibilité de la tumeur, plaident en faveur d'une torsion intestinale ; la tumeur elle-même ne serait que le résultat de l'arrêt plus ou moins subit de matières fécales accumulées derrière l'obstacle.

L'état relativement satisfaisant de la malade, en particulier les caractères à peu près normaux du pouls, plaident en faveur d'une intervention chirurgicale immédiate.

Le professeur Socin y procède à 10 h. 1/2 du matin. Incision de 12 centimètres sur la ligne blanche, après ouverture du péritoine, l'estomac vient faire hernie ; un aide est chargé de la maintenir dans l'angle supérieur de la plaie ; un peu plus bas, on tombe sur le colon transverse adhérent à la face inférieure du foie. Le bord libre du foie est de même que la vésicule biliaire parfaitement normal.

Au devant des vertèbres, et dans l'espace rétro-péritonéal, se trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, recou-

verte par le mésocolon et à droite par le foie ; immédiatement en avant de la tumeur, se trouvent le colon transverse et la grande courbure de l'estomac.

La tumeur est fluctuante, sonore, elle fait saillie du côté droit sous le bord libre du foie, dans l'étendue d'un décimètre carré environ, l'estomac a été refoulé en haut, le colon transverse en bas.

On pratique une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire et on retire 30 centimètres cubes d'un liquide sanguinolent. L'opérateur s'abstient d'ouvrir le kyste plus largement, l'état de faiblesse de l'opérée contre-indique cette manœuvre, d'autant plus que l'on n'est pas sûr de pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie au fond de cette profonde cavité.

Puis une autre circonstance encore fait hésiter, la constatation d'une adhérence sous forme de bride, au niveau du colon transverse, bride qui a considérablement rétréci le calibre de l'intestin. On sectionne la bride et on fait cheminer dans le bout inférieur, le bol fécal arrêté en arroul.

Suture de la peau. Pansement au sublimé. Durée de l'opération deux heures.

Collapsus. Pouls à 160. Mort à six heures du soir.

L'autopsie pratiquée par le professeur Poth révèle les détails suivants :

Rien dans les organes thoraciques.

Cavité abdominale. Péritonite généralisée. La portion pylorique de l'estomac est presque verticale ; elle est repoussée en avant par la tumeur, de telle manière qu'elle se trouve en contact avec la paroi abdominale. Le duodénum est repoussé en haut, le colon transverse en bas.

Le petit bassin contient 50 grammes de liquide rougeâtre,

trouble, qui au microscope révèle la présence de nombreux globules rouges, des amas de fibrine avec des cellules rondes, et quelques grumeaux de pus. La tumeur est très peu mobile de gauche à droite. Le duodénum est aplati par la tumeur. Sur la circonférence antéro-inférieure de cette dernière, on constate une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent, au centre de laquelle existe un trou gros comme un pois (trou de la ponction), d'où sort un liquide rougeâtre.

La forme de la tumeur est allongée ; la partie qui correspond à la tête du pancréas est franchement fluctuante. Reins normaux. Cholédoque dilaté.

Le tissu pancréatique est friable ; le canal de Wirsung est pâle, ses parois sont minces ; après son coude, il se bifurque en deux branches qui aboutissent à une cavité creusée dans la glande ; cette cavité renferme 130 grammes de matière brunâtre visqueuse, adhérente en partie à la paroi ; elle renferme des cellules rondes, des gouttelettes grasses et des globules sanguins décolorés.

La queue du pancréas est occupée par une cavité plus petite, à parois lisses, renfermant un liquide grisâtre avec des grumeaux grisâtres ; ces deux cavités sont indépendantes l'une de l'autre.

Les dimensions du pancréas sont : longueur 19 centimètres, diamètre vertical du kyste 11 centimètres, diamètre horizontal, 6 centimètres.

Diamètre vertical de la queue : 6 centimètres.

Diamètre horizontal de la queue : 3 cent. 1/2.

Microscopiquement la surface ainsi que le tissu cellulaire interstitiel de la glande sont en voie de prolifération ; la subs-

tance glandulaire existe encore en partie; dans le voisinage du kyste elle a subi la dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION XII (de Nichols).

*Cas de kyste du pancréas reconnu à l'autopsie.*

New-York med. Journ. vol. XLVII, p. 575.

Un homme de 49 ans avait accusé, douze ans avant sa mort, de vives douleurs dans la région épigastrique, avec un sentiment de réplétion dans la région en question, sans vomissements ni phénomènes digestifs particuliers. Ces symptômes persistèrent pendant un septenaire avec plus ou moins d'intensité, puis disparurent, pour reparaitre tous les deux ou trois mois. Comme prodrome, un signe particulier accompagnait ces crises : il consistait en points très douloureux dans le pied. L'appétit était bon. Etat général excellent. Il y a sept ans, douleur intense dans l'extrémité supérieure droite et à cette même époque, péritonite localisée, et à dater de là jusqu'à sa mort, vomissements périodiques, analogues au marc de café comme dans le cancer de l'estomac. Trois ans avant sa mort, apparition à l'épigastre d'une tumeur dont la nature reste indéterminées. Le malade avait refusé la ponction et l'incision exploratrices. Sucre dans l'urine en quantité abondante. Amaigrissement notable; bien que l'appétit et la digestion fussent redevenus bons. Mort par inanition.

*Autopsie.* — Kyste pancréatique renfermant plusieurs litres de sérosité, la tumeur remplissait la plus grande partie de l'abdomen et était adhérente en plusieurs endroits. Il n'y avait pas la moindre trace de tissu pancréatique.

OBSERVATION XIII

*C. Fenger, On a case of traumatic cyst of the pancreas*  
(Med. Journ. and Examiner, febr. 1888).

Un garçon de 8 ans tombe de cheval et se contusionne l'abdomen.

Les huit premières semaines il se plaint de douleurs intermittentes au pourtour de l'ombilic.

Trois semaines environ après sa chute, une tumeur augmentant graduellement de volume apparaît, à l'épigastre. Symptômes : anorexie, vomissement, selles irrégulières, caillées et d'apparence blanchâtre.

Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur évacue un liquide foncé, jaunâtre, à réaction alcaline, sans éléments figurés autres que quelques globules sanguins.

Pas de diagnostic.

Laparatomie mettant la tumeur à nu.

Au bout d'une semaine, ouverture et drainage d'un kyste pancréatique, contenant 40 onces de liquide.

Exeat le vingt-troisième jour avec une fistule d'environ trois pouces de profondeur, suppurant à peine.

OBSERVATION XIV

*Recklinghausen tuberculosine pathologisch-anatomische*  
*Beobachtungen.*

1° Homme de 40 ans, diabétique depuis 4 ans, avec 4 à 5 0/0 de sucre.

*Nécropsie.* — L'estomac et le pylore sont repoussés en avant par une large tumeur dont la portion inférieure est cachée derrière le méso-colon transverse qui porte des traces d'inflammation. L'estomac est uni à la tumeur par de légères adhérences.

Sauf de légères hémorrhagies, sous-muqueuses, il n'y a aucune lésion. Duodénum normal.

Canal cholédoque perméable. La veine porte est à la partie inférieure du bord droit de la tumeur, elle est quelque peu aplatie et comprimée. La veine splénique est très dilatée. Entre le bord droit de la tumeur et le duodénum on voit la tête du pancréas d'aspect normal. Le canal de Wirsung rétréci à l'extrémité duodénale ne présente pas d'altération au niveau de la tête.

Au niveau du corps, il est enveloppé par un tissu connectif dense, qui unit la tête du pancréas à la tumeur. Au point où ce conduit pénètre dans la tumeur, sa lumière est complètement oblitérée par un calcul d'un volume d'un pois.

La tumeur est du volume d'une tête d'enfant, ronde, constituée par un sac à parois épaisses qui contient un liquide épais et jaunâtre. A l'œil nu on y voit de la cholestérine et de la graisse. Le dépôt examiné microscopiquement est composé de cellules granuleuses et de débris cellulaires. La paroi a une épaisseur uniforme de 3 millimètres. Section grisâtre, surface interne molle avec plaques athéromateuses. En quelques points sont de fausses membranes grisâtres qui se détachent facilement. Sur la paroi interne et postérieure est un sillon creusé de gauche à droite qui se termine à gauche dans un canal de la grosseur d'un porte-plume perforant la paroi kystique. Au delà du kyste ce canal est dilaté. La queue du pancréas qui contient ce canal est

sclérosée, dure, et ne renferme pas d'acini. L'extrémité borgne de ce canal, très dilatée, est entourée par du tissu connectif dense. Du sac à sa terminaison il mesure 54 millimètres. L'extrémité droite du sillon précité se termine dans une seconde ouverture qui donne accès à une sonde de 2 millimètres d'épaisseur.

Entre la tête et la queue du pancréas, la tumeur glandulaire a complètement disparu et à sa place on trouve la paroi postérieure du kyste directement appliquée contre les organes qui, à l'état normal, séparent le pancréas du rachis. Les gros vaisseaux situés derrière la tumeur ne lui adhèrent pas. Recklinghausen pense que ce kyste était dû à une dilatation du canal de Wirsung, consécutive à l'obstacle apporté par le calcul à l'écoulement des sécrétions.

2<sup>e</sup> Homme de vingt-six ans, mort diabétique, tuberculose pulmonaire et intestinale.

*Nécropsie.* — La tête seule du pancréas contient quelques vestiges de tissu sain. Le canal principal à la tête de l'organe est dilaté et variqueux. Il renferme un liquide visqueux tenant en suspension de petits fragments de calculs de carbonate et de phosphate de chaux. En outre, deux calculs dont le premier mesure 27 millimètres sur 5 millimètres de diamètre, le second 20 millimètres, d'épaisseur égale. Ces deux pierres ont des irrégularités sur lesquelles se moule la paroi. Dans le corps et la queue le conduit est dilaté, la paroi épaissie. Il en est de même pour le conduit accessoire. L'extrémité terminale du petit conduit contient de petites concrétions calculeuses.

OBSERVATION XV

*Goodmann. Philadelph. médic. times 22 juin 1878 « in Nimmer. Revue de chir. » 1893.*

A l'autopsie d'un homme âgé de 55 ans, mort de cachexie, après avoir présenté du diabète et de la stéarrhée, on trouva de l'hydro-péricarde, de l'hydrothorax, des tubercules dans le pancréas et une tumeur volumineuse dans la queue de la glande. C'est un kyste à parois fermes, rigides, contenant un liquide d'un jaune verdâtre d'une consistance plus fluide que le blanc d'œuf. La dissection démontre que la cavité du kyste n'a aucune communication avec le canal pancréatique.

Ce canal s'étend de l'intestin à l'extrémité de l'organe, près du kyste, où il se termine brusquement. La lumière du canal est très large dans toute l'étendue du corps de la glande ; elle diminue seulement à l'approche du kyste.

La partie du canal qui traverse la tête du pancréas pour se rendre à l'intestin est plus étroite que normalement, la sonde pénètre difficilement dans ce conduit au niveau de l'intestin, lorsque l'on ouvre le conduit à l'union de la tête et du corps, on y découvre deux sacs ou poches renfermant une matière calculeuse.

Le tissu glandulaire de l'organe semble entièrement atrophié, la tête du pancréas n'est constituée que par une masse de tissus fibreux qui se continue avec du tissu connectif de nouvelle formation, agglutinant le pancréas, le duodénum et le côlon transverse. Ce tissu connectif enveloppe les vaisseaux

sanguins de la région ; il opère, évidemment une pression, une constriction sur les conduits.

#### OBSERVATION XVI

*De Rokitanski, rapportée par Zukowski. Gros cyste du pankreas. Wien. med. press, 15 novembre 1881. « In. senn., loc. cit. »*

La malade était une femme de 36 ans qui souffrait depuis 3 ans de symptômes faisant penser à un kyste de l'ovaire. Le début de la tumeur avait paru se faire dans la partie inférieure de la cavité abdominale. Lors de la laparotomie qui fut faite le 25 février 1881, le kyste s'est trouvé en arrière du grand épiploon, de l'estomac et du côlon transversé. Il adhérait fortement aux organes voisins, et en cherchant à rompre ses adhérences avec le côlon transverse, on rompit l'intestin sur une étendue de 20 millimètres, rupture qui fut d'ailleurs suturée immédiatement : les adhérences étaient si nombreuses, si épaisses et si vasculaires qu'une extirpation complète fut déclarée impossible. On se contenta de sectionner la portion déjà détachée, de fixer le moignon dans l'incision abdominale. La plaie fut drainée et refermée. Pendant l'opération, une certaine quantité de liquide pénétra dans la cavité péritonéale, et lorsqu'elle fut finie, la patiente était mourante. Elle se remit cependant des effets immédiats de l'opération, mais mourut au bout de 8 jours d'une péritonite purulente. A l'autopsie, on voit que la portion restante du kyste provenait du pancréas.

La tête de cet organe était seule normale, quelques lobes de la portion moyenne restaient seuls, et la queue avait complètement disparu.

OBSERVATION XVII

*Thiersch, Berlin, Klin. Woch., 1881, n° 40.*

Le malade était un tailleur de pierres âgé de 38 ans. Bien portant jusque-là, il devint tout d'un coup malade au milieu de son travail. Il se plaint de nausées, d'une sensation de grande lassitude, et on trouve une tumeur dans la région de l'estomac. La rapidité de l'apparition de la tumeur et la fluctuation très nette qu'elle présentait amenèrent le médecin au diagnostic d'abcès de la paroi abdominale. Il fit donc une incision pour en évacuer le contenu ; mais au lieu et place du pus annoncé, lorsque l'incision fut parvenue jusqu'au péritoine pariétal, on se trouva en présence d'une tumeur abdominale. La plaie fut bourrée de gaze et on différa l'incision du kyste jusqu'au moment où des adhérences s'étaient formées entre la tumeur et les lèvres de la plaie.

Cette incision, faite trois semaines après, donna issue à trois quarts d'un liquide couleur chocolat. Comme la fistule qui s'était formée n'avait aucune tendance à la modification, le malade entra à l'hôpital. La fistule sécrétait alors une petite quantité de liquide épais qu'on reconnut à l'examen ne pas avoir les caractères du suc pancréatique.

Thiersch dilata le trajet fistuleux et s'assura qu'il s'étendait jusqu'à la colonne vertébrale et à la queue du pancréas. I pensa que ce kyste était consécutif à un hématome du pancréas et considéra ce cas comme le premier où la guérison ait eu lieu avec une telle lésion.

OBSERVATION XVIII

*Bozeman. Removal of a cyst of pancreas. Weighing twenty and a half pounds « Med. Record » 14 janvier 1882.*

La malade était une femme de 41 ans très bien portante jusqu'il y a sept ans sauf quelques indigestions de temps à autre. Sept ans auparavant elle avait ressenti pour la première fois de la douleur dans la région iliaque droite, s'irradiant dans la cuisse gauche.

Deux ans après, l'abdomen gonfla du côté gauche et s'affaissa du côté droit, la tumeur s'accrut lentement; depuis six semaines son développement avait pris une allure plus rapide et la malade s'émaciait beaucoup. Le docteur Richardson « de la Nouvelle Orléans » diagnostiqua un kyste de l'ovaire et fit entrer la malade dans le service du docteur Bozeman à Women hospital, à New-York, le 19 novembre 1889.

Son diagnostic fut confirmé par les D<sup>rs</sup> Bozeman, Thomas et Emmet. Le 2 décembre on pratiqua l'opération avec les précautions antiseptiques d'usage. La tumeur vue à travers l'incision avait l'aspect ordinaire des kystes de l'ovaire, avec cette seule différence qu'elle était de couleur plus foncée. Une ponction au trocart donna issue à 11 litres 250 de liquide. Les deux tiers du kyste furent alors incisés. Les opérateurs commencèrent à croire qu'ils s'étaient trompés. L'exploration de l'abdomen montra alors en effet que les deux ovaires étaient sains. Le kyste paraissait venir de la partie supérieure de l'abdomen, et on prolongea l'incision jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic.

L'estomac fut trouvé refoulé contre le diaphragme par la

tumeur, tandis que les intestins étaient déplacés en sens contraire. Le kyste était adhérent au méso-colon transverse. En suivant encore plus loin les parois, on arriva au pancréas et à une grosse veine tortueuse, la splénique probablement. Les relations intimes de cette veine avec le pédicule rendaient l'opération d'autant plus difficile. La queue du pancréas était adhérente au kyste sur une étendue de 54 millimètres. Le kyste naissant du pancréas, à la fonction du tiers externe et des deux tiers internes. Le pédicule avait 0 m. 62 de long et autant de large et était accompagné de très grosses veines. Il fut transfixé, serré dans une double ligature et sectionné. Une dissection sérieuse permit de séparer du pédicule une portion de kyste qui lui était restée adhérente.

L'artère qui accompagnait le kyste était aussi grosse que l'artère humérale et paraissait être une branche de la splénique.

L'opération n'occasionna qu'une hémorrhagie très légère; le liquide extrait avait une couleur légèrement foncée, une réaction acide, une densité de 0,020.

La tumeur et son contenu pesaient ensemble 20 livres et demie. Le trente-huitième jour la malade était guérie.

#### OBSERVATION XIX

*De Kulenkampff. Ein Fal Von pancreas cyste. Berliner Woch., 19 fév. 1882.*

« *In Sem. américain journ. of med sc.* », juillet 1883, p. 237.

Homme de 39 ans, manœuvre, bien portant par ailleurs. Le 22 mars 1881, il reçut plusieurs coups dans la région ombili-

cale, dirigés de haut en bas. Examiné quelques heures après, il ne présentait aucun signe visible de contusion, bien qu'il se plaignit d'une douleur intense à l'épigastre et dans l'hypocondre droit; ces régions étaient très sensibles à la pression. Du côté droit, en arrière, au niveau du diaphragme, il y avait une aire de matité de 8 centimètres de haut. Etant données les douleurs lancinantes qui siégeaient dans cette région et une certaine difficulté de la respiration, le médecin pensa à une pleurésie traumatique.

Dans l'espace de quelques jours, les signes fébriles et la douleur diminuèrent.

Au bout de trois semaines, le malade semblait convalescent lorsqu'il eut de nouvelles douleurs spontanées et exagérées par la pression dans les régions épigastrique et hépatique.

A ce moment un nouvel examen ne donna que des résultats négatifs. A la fin de mai apparut une tumeur qui semblait venir du foie; elle augmenta progressivement jusqu'au mois de septembre, époque où l'on fit les observations suivantes. On trouve une tumeur ronde non fluctuante du volume des deux poings. Son extrémité inférieure arrive à 1 centimètre de l'ombilic: elle déborde beaucoup plus la ligne médiane à droite qu'à gauche; la percussion y décèle une matité qui se continue avec celle du foie, comme si la tumeur provenait du lobe gauche de cet organe. La tumeur suit les mouvements respiratoires. Pas de souffle. La palpation est difficile à cause de la contraction des muscles droits. L'appétit et la digestion ne sont pas troublés. Température normale. Pas d'ictère. L'examen des urines et des selles ne fournit aucun élément de diagnostic. Comme on ne pouvait faire aucun diagnostic avec ces seuls signes on se décida à faire la laparotomie exploratrice qui fut pratiquée

le 14 septembre jusqu'au péritoine exclusivement. La tumeur palpée donnait la sensation d'un foie bosselé comme dans la cirrhose.

On introduisit le trocart d'un inspireur sur la ligne médiane et, après avoir traversé une épaisseur de 2 centimètres d'un tissu dense, l'extrémité pénétra dans une cavité dont on tira un quart de liquide clair.

La cavité péritonéale ne fut pas ouverte; la plaie fut bourrée de gaze sur laquelle on appliqua un pansement antiseptique.

On pensa à un kyste hydatique. Le liquide se coagula spontanément au bout d'un certain temps, il ne contenait pas d'acide succinique. Le dépôt renfermait des globules blancs et rouges. Le 20 septembre, le péritoine fut incisé et suturé à la plaie; le doigt introduit dans la cavité péritonéale vint en contact avec une tumeur mobile et bosselée, qu'on supposait toujours d'origine hépatique. L'incision fut de nouveau remplie avec de la gaze, et quatre jours après des adhérences s'étant formées, la tumeur fut incisée et il s'en échappa 200 grammes de liquide.

L'exploration digitale montra que la cavité interne était tapissée d'une membrane muqueuse garnie de végétations polypoïdes. On mit un gros drain et on appliqua un pansement de Lister.

Durant les deux semaines suivantes, il n'y eut pas de réaction fébrile: la tumeur disparut et une grande quantité de liquide en sortit par la fistule. Le 10 octobre la sécrétion avait beaucoup diminué et le trajet fistuleux était réduit au diamètre d'un porte-plume ordinaire; on y fit des injections de teinture d'iode, pour hâter l'oblitération, ce qui n'amena d'ailleurs que de la douleur et une recrudescence de la sécrétion. La cau-

lérisation au nitrate d'argent ne produisit pas de meilleur résultat.

Dans tous les endroits où elle était en contact avec la sécrétion de la fistule, la peau était macérée, en dépit des pansements fréquemment répétés. Cette particularité amena Kulenkampff à se demander s'il n'avait pas à faire une fistule pancréatique. Il fit analyser le liquide. Ce liquide était clair, coloré, légèrement alcalin ; il contenait peu de sels minéraux et se coagulait par la chaleur et l'acide nitrique. Il ne contenait pas d'acide succinique. On expérimenta son action sur l'albumine coagulée, les graisses neutres et l'amidon à une température de 25 centigrades. Une pâte faite de 4 grammes de fleurs de froment et de 50 grammes d'eau, fut rendue très épaisse par l'action du liquide. L'épreuve de Fehling y montra la présence de 0 gr. 90 de glucose. L'albumine d'œuf coagulée gardée dans une solution faible d'acide salicylique donna 0 gr. 195 de leucine et de tyrosine.

0 gram. 9 de lard fraîchement préparé furent soumis à l'action du liquide, il en résulta une émulsion parfaite qui durait encore après 13 heures. Le liquide contenait pour 1.000 : 3.64 d'albumine coagulée par l'alcool et soluble dans l'eau, 8 gr. 57 de matières organiques diverses et 8 gr. 09 de substances anorganiques.

Kulenkampff, incline à croire que le traumatisme avait amené une inflammation complète du pancréas à la suite de laquelle s'était produite une oblitération du canal ou de ses branches efférentes. Aussi longtemps que la fistule continua à donner, le malade resta émacié. L'urine ne contient jamais de sucre. Il est à noter que la sécrétion était plus profuse dans

l'après-midi. Le malade guérit complètement après la fermeture de la fistule.

OBSERVATION XX

*Gussenbauer. Zur operative Behandlung des pankreasysten. Arch. I. Klin. Chir. Vol. XXIX, p. 355.*

Le malade est un musicien, âgé de 40 ans, qui ayant été toujours bien portant et sans antécédents héréditaires devint tout d'un coup malade à la suite d'un festin trop copieux. Il se plaignait de nausées, d'une douleur vive à l'estomac. Ayant pris beaucoup d'alcool en guise de soulagement, il fut pris de vomissements répétés.

Cet état s'améliora en quelques jours et au bout de deux semaines il découvrit une tumeur dans la région de l'estomac. Cette tumeur augmenta si vite que deux semaines après, elle faisait un relief visible à l'épigastre. L'appétit diminua. Le malade se plaignit d'une sensation de plénitude après les repas et d'éruptions fréquentes. Durant tous les mois suivants, les vomissements continuèrent et l'émaciation fit des progrès rapides.

Aucun traitement ne put arrêter l'accroissement rapide de la tumeur qui devint bientôt le point de départ de douleurs irradiées dans la région des lombes et dans la région sacrée.

Gussenbauer le vit pour la première fois le 21 décembre 1882, six semaines après le commencement de sa maladie. Il était très émacié, pâle ; sa peau était d'une couleur grisâtre, la respiration se faisait difficilement, le pouls était plein et régulier.

A la percussion, on trouvait à gauche, en avant, dans la région sternale, de la submatité à partir de la troisième côte et de la matité à partir de la cinquième. Sur la ligne mammaire, la submatité commençait au bord supérieur de la quatrième côte et la matité complète au-dessous de la cinquième sur la ligne axillaire, la submatité commençait à la septième côte, la matité à la huitième.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire s'étendait des deux côtés de la poitrine. A l'examen de l'abdomen l'attention était attirée par une saillie proéminente dans les régions sus-ombilicales droite et gauche, étendue des cartilages costaux gauche jusque dans l'hypochondre droit. Sur la ligne médiane elle s'étendait de l'appendice xyphoïde à deux pouces au-dessous de l'ombilic. Toute la partie de la saillie qui n'était pas recouverte par le lobe gauche du foie, donnait à la percussion une sonorité tympanique. Lorsqu'on appliquait la paroi contre la tumeur, cette région devenait mate. Par la distension gazeuse de l'estomac, on pouvait aisément limiter sa grande courbure au devant de la tumeur. Le côlon transverse semblait passer en avant et au milieu.

Cette tumeur paraissait légèrement mobile et suivait les mouvements respiratoires; elle était tendue et résistante à la pression.

Il n'y avait pas d'ascite. Les selles étaient normales et ne contenaient pas de graisse. Rien d'anormal dans l'urine. L'accroissement rapide de la tumeur et sa localisation derrière l'estomac et le côlon transverse amenèrent Gussenbauer à poser le diagnostic de kyste du pancréas ou d'une des capsules surrénales. Comme le malade était dans une position critique et que tous les traitements avaient échoué, on intervint chirurgicalement

le 22 décembre 1882. On fit sur la ligne blanche une incision de 13 centimètres, comprenant le péritoine pariétal. Le grand épiploon qui recouvrait la surface antérieure de la tumeur fut détaché d'elle sur une étendue de 8 centimètres. Après la ligature des artères, la tumeur apparut par cette ouverture recouverte par le péritoine. Elle était nettement fluctuante. Les parties supérieure et inférieure de l'incision furent refermées, et le péritoine pariétal suturé à la peau; on fixa la partie antérieure du kyste aux lèvres de la plaie. Par un des points de suture s'échappa un jet de liquide de couleur sombre. On fit alors une ponction pour diminuer la pression interne intra-kystique, puis on pratiqua une incision de 33 millimètres sur la tumeur; il s'en échappa 2 litres 200 de liquide.

L'exploration intérieure avec le doigt et une sonde montrèrent qu'elle était tapissée à l'intérieur par une membrane molle, à la portion inférieure il y avait des masses noirâtres qu'on put facilement enlever sans hémorrhagie.

La cavité fut lavée avec une solution de thymol; on introduisit un gros drain et on appliqua un pansement iodoformé. Le liquide était d'une couleur noir sal, tenant en suspension beaucoup de pigment et des corpuscules rouges dans un état de dégénérescence avancée. La densité était de 1,610, sa réaction alcaline; le pigment qu'il contenait était soluble dans la solution concentrée de soude caustique. L'analyse spectrale montrait la présence d'hématine et non d'hémoglobine. Il contenait également de l'albumine, un corps analogue à la mucine, des substances solubles dans l'alcool. Il n'y avait ni pigments biliaires, ni peptones, ni sucre, ni métalumine.

Au premier pansement qui fut fait le troisième jour, la peau était macérée, ce qui nécessita des changements fréquents de

pansements. Le malade fut vite soulagé par l'opération et la plaie guérit sans suppuration. Au bout de quelques jours la sécrétion de la fistule était plus claire, elle contenait de la leucine et de la grossine, digérait l'albumine, convertissait l'amidon en sucre. Le malade eut une convalescence heureuse et trois semaines après l'opération on le renvoya avec une petite fistule par où s'écoulait une très petite quantité de suc pancréatique.

Pendant qu'il était à l'hôpital, sa fistule se ferma plusieurs fois ; et chaque fois, la température monta jusqu'à ce que la fistule se rouvrit de nouveau.

#### OBSERVATION XXI

*Senn. Kyste du pancréas. Laparotomie ; guérison.*  
(Améric. Journal of médic. Sc. juillet 1885).

M. X., laboureur, d'origine allemande, âgé de 19 ans, fut admis à Milwaukee-Hospital le 28 novembre 1884. Il est petit pour son âge et peu robuste, mais il n'a été malade qu'une fois et il ne semble pas avoir d'antécédents héréditaires.

Il y a cinq semaines, alors qu'il était en parfaite santé, il tomba de voiture sous une barrique, ce qui augmenta la force du traumatisme. C'est son côté gauche qui fut atteint.

La douleur resta localisée à la partie postérieure du corps au point contusionné. Elle ne fut pas suffisante pour lui faire abandonner son métier de laboureur. Au bout de quelques jours, il eut de la diarrhée qui dura deux semaines sans cependant l'affaiblir outre mesure.

L'appétit était resté bon et ni la diarrhée, ni les vomisse-

ments n'étaient influencés par le repas et par le choix de ses aliments.

Au bout de deux semaines apparaît, dans l'hypochondre gauche, une tumeur ronde, lisse et douloureuse, qui augmente rapidement et donne lieu à une sensation de pesanteur stomacale, à des regurgitations et à des vomissements. L'appétit diminue beaucoup. Il fut traité par un médecin, qui se contenta d'un traitement symptomatique, et ne voyant aucune amélioration me l'envoya. Au moment de son admission à l'hôpital, il était très émacié, et se plaignait surtout de sensations de pesanteur à l'estomac qui augmentait après le repas. Il n'était soulagé que par les vomissements.

A l'examen on trouva une tumeur occupant presque tout l'épigastre et l'hypochondre gauche ; son point culminant était à 8 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. La percussion révélait de la matité depuis le mamelon gauche jusqu'à un pouce de l'ombilic. En arrière la matité s'étendait de la huitième côte au bord supérieur de la douzième.

Dans la région épigastrique on découvrit une zone de tympanisme le long de l'arc costal des côtes inférieures du côté droit. A la palpation, fluctuation évidente ; on a la sensation de flot.

La tumeur est ronde, à surface lisse et présente les dimensions suivantes, du mamelon gauche à la partie inférieure 24 centimètres ; diamètre transversal, 22 centimètres ; circonférence de la tumeur, 69 centimètres.

Le cœur est refoulé en haut, à tel point que le choc de la pointe peut être senti dans le quatrième espace intercostal. L'estomac distendu artificiellement par de l'acide carbonique est manifestement dévié à droite et comprimé par la tumeur,

Le foie ne paraît pas atteint, il occupe sa place normale et a un volume normal.

Les deux régions lombaires sont tympaniques.

Pas d'ascite. Une pression forte peut être exercée sur la tumeur sans déterminer de douleur. Pas de frémissement hydatique. Pas de battements, pas de soulèvements transmis par l'aorte abdominale.

La position de la tumeur varie avec les mouvements respiratoires étendus.

Une aiguille à injection hypodermique est enfoncée dans le point le plus saillant de la tumeur et son extrémité libre oscille de haut en bas synchroniquement avec les mouvements inspiratoires, montrant que s'il y a des adhérences avec le péritoine pariétal elles sont du moins très légères.

Le liquide retiré est quelque peu visqueux et opalescent. Il est alcalin, contient une grande quantité d'albumine précipitant par la chaleur et l'acide nitrique.

Au microscope on trouve quelques cellules épithéliales, des leucocytes et pas de crochets de tœnia, ni de cristaux de cholestérine. Par exclusion, le diagnostic fut ramené à l'une de ces deux hypothèses : ou kyste hydatique stérile ou un kyste du pancréas. Contre la première on pouvait invoquer la grosseur de la tumeur, sa première apparition loin du foie, la présence d'une grande quantité d'albumine et l'absence de crochets.

En faveur du kyste pancréatique, il y avait l'histoire du traumatisme dans la région du pancréas, la croissance rapide de la tumeur, les troubles de la digestion, « diarrhée et vomissements » dus très probablement à la rétention totale ou partielle de la sécrétion pancréatique.

On se décida à faire la laparatomie, à fixer la paroi du kyste

au péritoine, s'il n'y avait pas d'adhérences, et à drainer le kyste, quand ces adhérences seraient produites.

Ce procédé semblait préférable à l'emploi du trocart ou de l'aspiration, parce qu'il mettait à l'abri de l'irruption du liquide dans le péritoine et que le drain devait prévenir l'accumulation nouvelle de liquide et permettait d'espérer l'oblitération de la cavité par adhérence des parois internes du kyste.

Le malade consentit à l'opération. On désinfecta la région, on s'assura de l'asepsie et de l'antisepsie des instruments. Avant de donner l'éther, on évacua l'estomac pour éviter tout vomissement avant ou après l'opération. Sur le point culminant de la tumeur à 9 centimètres au-dessous de l'arc costal gauche et parallèlement à lui on fit une incision de 13 centimètres de long.

On divisa le muscle grand droit abdominal et tous les tissus jusqu'au péritoine en ayant soin d'arrêter l'hémorrhagie. A l'ouverture du péritoine l'épiploon se présenta croisé par une veine et une artère de gros calibre.

On appliqua deux ligatures entre lesquelles on incisa l'épiploon sur une étendue de trois pouces, il était un peu adhérent au péritoine pariétal et à la surface de la tumeur.

A travers l'incision épiploïque, on distingua la tumeur, lisse et luisante. Comme il y avait de légères adhérences, on se décida à compléter l'opération, et, comme les parois du kyste étaient très minces et leur tension extrême, on les saisit avec deux pinces à disséquer avec lesquelles, pendant l'incision et l'évacuation du liquide, on exerça une légère traction pour prévenir la chute du liquide dans le péritoine.

L'évacuation du kyste fut rendue aussi complète que possible en exerçant des pressions sur ses parois et en faisant coucher le malade sur le côté.

Le kyste complètement vidé, on attira ses parois dans la plaie et on les sutura au péritoine pariétal déjà fixé à la peau. La cavité kystique fut explorée en y introduisant l'index jusqu'à la queue du pancréas, mais on ne put atteindre le fond. On plaça deux gros drains et la plaie fut suturée comme après une ovariectomie, les muscles droits furent suturés à part. Le liquide recueilli était semblable à celui fourni par la ponction exploratrice. Son volume fut évalué à 3 litres 1/2.

Pansement antiseptique, maintenu par un bandage élastique qui exerçait une pression uniforme très favorable. Pas de vomissements. Soulagement immédiat par cessation de compression. Le pouls ne dépassa jamais 90, et la plus haute température, observée le lendemain de l'opération fut de 37°8. L'appétit revient et il n'y a aucun symptôme inquiétant. Le neuvième jour la gaze étant mouillée par du liquide issu du kyste, on changea le pansement.

La plaie avait bonne apparence, mais tout autour la peau était rouge, macérée et l'épiderme peut être enlevé par larges plaques. Ce changement de la peau était semblable à ceux décrits par Kulenkampf et Gussenbauer et qu'ils avaient attribué au pouvoir digestif du suc pancréatique. On toucha la surface excoriée avec de l'acide salicylique et on appliqua un pansement de Lister. La sécrétion abondante du kyste obligea à changer chaque jour le pansement et on retrouva toujours la même excoriation de la peau. A la fin de la première semaine on enleva les sutures et on appliqua plus aucun pansement.

La peau guérit sans suppuration ; et, à travers la fistule, il ne sortit que quelques gouttes de pus mélangé à la sécrétion qui continua pendant plusieurs semaines.

L'un des drains avait été entièrement enlevé au premier pan-

sement. Le deuxième fut peu à peu retiré et enlevé définitivement trois semaines après l'opération. A la fin de la deuxième semaine, le kyste fut exploré avec une sonde aseptique qui s'enfonça dans la direction de la queue du pancréas à la profondeur de 20 centimètres environ. Le trajet fistuleux bourgeonna bientôt et diminua tellement en longueur et en largeur qu'au bout de huit semaines il n'admettait plus qu'un petit cathéter qu'on ne pouvait enfoncer qu'à une profondeur de 10 centimètres. La peau avoisinant la fistule avait été attirée formant ainsi une dépression infundibuliforme.

22 janvier 1885. — Le malade est guéri. Fistule complètement fermée. Cicatrice très rétractée. Santé générale bonne. Digestion parfaite. La palpation ne fait découvrir aucune tumeur dans la région du pancréas.

#### OBSERVATION XXII

*William Bull. Un cas de kyste du pancréas traité avec succès par incision et drainage. Mort par le diabète.*  
New-York méd. journ., 1887, t. XLVI, p. 376.

M. X... âgé de 45 ans fut admis dans le service du Dr Hackley, à New-York, en juillet 1886. Le Dr Van Henslaër fit l'observation suivante : le malade a été atteint d'impaludisme, mais n'a eu ni rhumatisme ni syphilis.

Il n'est pas alcoolique Il se portait bien jusqu'à il y a dix mois ; époque à laquelle il ressentit quelques coliques abdominales.

Peu de jours après, il vomit des matières colorées, sentit de la pesanteur dans la région hépatique et eut de l'ictère.

Quelques semaines après une tumeur apparut au niveau de l'ombilic et s'accrut sans douleur pendant 4 mois et demi.

A cette époque le malade éprouva de la douleur abdominale et de la diarrhée.

Les selles étaient très colorées, la tumeur abdominale disparut pour revenir trois semaines et reprendre son volume primitif. Le malade perdit sa fraîcheur, sa force et son appétit et la couleur des selles, devint très claire.

*Examen.* — Le malade est très émacié, mais sans œdème; le pouls est élevé. Il n'y a pas de lésion thoracique. La pointe du cœur bat à sa place normale. La matité hépatique s'étend du bord inférieur de la sixième côte au bord libre des cartilages costaux. La rate n'est pas augmentée de volume. Les régions épigastrique et ombilicale, la partie interne des deux hypochondres et des lombes sont distendues par une tumeur fluctuante non adhérente, lisse. Cette tumeur est plus proéminente à la partie médiane entre le sternum et l'ombilic.

Sa circonférence à ce niveau est de 19 centimètres. Il n'y a pas de frémissement hydatique, mais une sorte d'onde à la palpation. Elle est mate à la percussion, sauf à la partie médiane supérieure et épigastrique, où il y a de la résonance tympanique, et aussi sur son bord droit. Dans cette région, une grosseur donnant un son tympanique (côlon ou duodénum) peut disparaître par la pression. La tumeur suit les mouvements respiratoires et n'a pas d'expansion pulsatile. On n'y entend pas de souffle.

Après avoir distendu l'estomac avec une poudre gazogène, la percussion donne une résonance tympanique sur les deux tiers supérieurs de la tumeur et la partie sonore du bord droit s'étend jusqu'à la ligne médiane.

Le liquide est de couleur sombre, trouble, odorant, alcalin. Densité, 1,040. Il contient beaucoup de chlorures, des traces d'urée, mais pas de bile.

Il se coagule par l'ébullition. Au microscope on ne trouve pas d'hydatides, mais des globules altérés et des matières granuleuses. Le liquide contient de la glucoïde et émulsionne l'huile.

Le contenu de l'estomac retenu avant l'insufflation ne ressemble nullement au liquide retiré de la tumeur. Les fèces contiennent de la graisse libre. Les urines sont pâles, acides, de densité égale à 1,032; elles contiennent 10 grammes de sucre pour 28 grammes. La température oscille pendant dix jours entre 37°,7 et 37°,4 dyspnée légère.

En juillet 1886 Hackley m'envoya le malade pour l'opérer, et je décidai de découvrir le kyste et de laisser former des adhérences.

L'examen physique nous permit d'éliminer l'ascite, l'anévrysme et l'hydronéphrose,

Il semblait que nous eussions à faire à une tumeur rétro-péritonéale, étant donnés ses rapports avec l'estomac et le colon. Le caractère kystique de la tumeur nous permit d'éliminer l'idée de tumeur maligne du pancréas ou des capsules surrénales. Les caractères du liquide et la présence de selles graisseuses nous affermirent dans l'idée que la tumeur était un kyste pancréatique.

Une incision de 10 centimètres fut faite sur la ligne médiane et découvrit l'estomac et l'épiploon. Ce dernier, adhérent à la tumeur par sa face postérieure, contenait de grosses veines et était très épais.

Il fut réséqué après ligature des vaisseaux,

Le kyste fut découvert ; il était épais de 15 millimètres. On sutura la moitié supérieure de la plaie ; on fixa le péritoine à la moitié inférieure. La cavité fut bourrée de gaze iodoformée, et le tout recouvert d'un pansement antiseptique. Pendant deux jours, fièvre très légère, cinq jours après, les bords et le fond de la plaie se couvrent de bourgeons charnus et le septième jour on procède à l'ouverture et au drainage du kyste. Celui-ci ouvert au thermo-cautère, sans douleur pour le malade, donna issue à un liquide brunâtre qui fut évacué par une sonde promenée à l'intérieur de la poche. L'ouverture fut élargie avec le doigt ; une matière semblable à du mastic fut ramenée avec une curette, et sans avoir fait d'irrigation on plaça deux larges drains et on fit le pansement.

Le tout avait duré une heure et les adhérences à la paroi abdominale n'avaient pas souffert. A partir de ce moment le malade alla mieux, l'appétit revint ; il augmenta de poids et put marcher six semaines après l'opération, époque à laquelle les selles redevinrent normales.

Quarante-huit heures après l'opération, on fit dans la cavité une ou deux fois par jour, des irrigations d'eau bouillie, et bientôt après le kyste ne donnait que très peu.

On transféra le malade dans le service du Dr Droger qui le mit à la diète relative et lui donna de la codéine dont on augmenta progressivement la dose, mais on dut la baisser, car le malade eut de la paralysie transitoire du bras et de la jambe gauches. La quantité d'urine diminua, la quantité de sucre tomba à 1 gr. 25 0/0 et le malade prit des forces.

Le 13 novembre, la cavité n'avait que 4 centimètres de profondeur ; le malade partit de l'hôpital et mourut subitement deux semaines après. Il fut impossible de faire l'autopsie.

L'analyse du liquide donna les résultats suivants : réaction alcaline, odeur pas désagréable ; densité 1.015. Il était dichroïque ; vert sombre à la lumière réfléchie et rouge mat à l'éclairage direct. Après repos il laissa déposer un mucus contenant des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Un précipité formé de 1,20 0/0 du volume total se forma aussi, il était composé de membranes ressemblant à de la fibrine coagulée.

Le spectroscope donna les bandes de la méthémoglobine en solution alcaline.

Albumine, 2.20 0/0 ; pas de traces d'urée, mais 0.25 0/0 de glucose ; un peu de mucine ; -pas de globules gras. Le liquide agité avec de l'huile, forma avec elle une émulsion très fine. Les cendres contenaient surtout des sels de sodium et de potassium. On y trouva aussi un ferment diastasique moins actif que la ptyaline. De nombreuses expériences comparatives montrèrent l'existence d'un ferment peptonisant. On expérimenta sur de l'albumine d'œuf et de viandes, comparative-ment avec des extraits pancréatiques et de la tyrosine pure.

La digestion du lait avec le liquide ne donna pas lieu à des peptones, mais il se fit après une demi-heure un coagulum permanent.

Le liquide injecté à des souris et des rats ne leur occasionna aucun accident.

Au microscope, on y trouva de grosses cellules granuleuses isolées et beaucoup de cellules polygonales, avec des noyaux cachés par des granulations, et des mouvements amiboïdes, des globules rouges et des leucocytes abondants, du mucus, de l'indican, et une grande quantité de phosphates ammoniaco-

magnésiens. En résumé, voici les propriétés les plus importantes de ce liquide :

- 1° Il digère l'amidon ;
- 2° Il émulsionne les graisses ;
- 3° Le spectroscope y décèle de la méthémoglobine ;
- 4° Il contient beaucoup de sucre ;
- 5° Il contient beaucoup d'albumine ;
- 6° Il contient une grande quantité de leucocytes.

#### OBSERVATION XXIII

Martin. Virchow's Arch. f. pathol. Anat. Sc. phys., 1891,  
*in Nimier*, loc. cit.

Une femme, après ses premières couches, à 21 ans, constate qu'elle a dans le ventre, à gauche de l'ombilic, une tumeur grosse comme un œuf, qui lui paraît mobile.

Cette tumeur augmente de volume, occasionnant de temps à autre de vives douleurs à la malade qui fit cinq autres grossesses avant de venir consulter en octobre 1873, à l'âge de 33 ans, Martin père. Elle portait alors une volumineuse tumeur abdominale que l'on crut être un kyste de l'ovaire gauche, et on fit la laparotomie qui resta exploratrice.

En effet, le gros intestin courant en avant d'elle, de gauche à droite et de haut en bas, adhérait à la tumeur qui semblait incluse dans une sorte de méso-côlon.

Cette disposition fit douter du diagnostic: Kyste de l'ovaire.

Les suites de l'opération furent normales et l'affection suivit son cours pendant 16 ans.

Martin fils en octobre 1889 constate que l'état de la malade ne s'est pas beaucoup modifié; seulement son ventre est devenu énorme; sa circonférence mesure 1 m. 95. Il n'y a ni cachexie, ni amaigrissement notable. L'abdomen prolabe sur les cuisses, qui sont légèrement œdématisées, de mêmes que les jambes.

Miction et défécation très pénibles; anorexie. Le kyste, nettement fluctuant remplit tout l'abdomen; on peut délimiter en haut l'estomac. A gauche, matité partout. A droite, sonorité jusque près de la symphyse pubienne. L'adhérence du côlon précédemment décrite peut être constatée; la cicatrice de la première opération a la largeur de deux travers de main et il semble y avoir des adhérences entre la paroi abdominale excessivement amincie et la surface du kyste. L'utérus est atrophié; à droite on sent l'ovaire légèrement atrophié on ne perçoit pas l'ovaire gauche. Le segment inférieur du kyste proémine au détroit supérieur. Opération le 8 octobre 1889. L'ancienne cicatrice est incisée; elle adhère faiblement à la tumeur sous-jacente.

Le péritoine pariétal se réfléchit à gauche, tout près de l'ancienne cicatrice, sur la tumeur qui, rétro-péritonéale, a comprimé et effacé en quelque sorte la cavité péritonéale. Le côlon descendant accolé au kyste se dirige de haut en bas et de gauche à droite.

On incise le péritoine sur la tumeur parallèlement au côlon et à une distance d'environ 7 centimètres de ce dernier ce qui permet de décoller le péritoine, depuis le côlon transverse jusqu'à l'iliaque, d'établir l'indépendance du kyste et des organes génitaux, d'en évacuer 15 litres de liquide, et enfin de reconnaître que la tumeur s'étend en haut jusque sous l'estomac

dans la région du duodénum. En attirant fortement le kyste en avant on le dégage du péritoine, du mésentère et des intestins et l'on arrive sans grande perte de sang, jusqu'au voisinage du rachis. Là, paraissent de gros vaisseaux dont certains pénètrent dans la tumeur.

On lui constitue un pédicule de la largeur de 3 doigts qui, lié au catgut et sectionné, disparaît dans la profondeur, aussitôt l'estomac, le côlon et les intestins peuvent être réintégrés à leur place et après une large résection de la paroi abdominale, la plaie de la laparatomie est fermée.

La rapidité de la guérison fut merveilleuse ; dès le vingt-septième jour la malade put quitter la maison de santé, et seize mois plus tard toutes ses fonctions s'exécutaient parfaitement. Elle n'a jamais eu ni sucre, ni albumine, ni sang dans les urines.

La paroi du kyste mesure 2 à 3 millimètres d'épaisseur ; elle est constituée par des couches de tissu cellulaire, en général peu vasculaire ; elle est tapissée par une épithélium cylindrique que recouvre un dépôt fibrineux, d'aspect rouge brunâtre. Par ici par là, on constate de petites ecchymoses parsemées de corpuscules graisseux. Des artères volumineuses et une veine grosse comme le pouce s'étalent sur les poches dont la paroi très épaisse en un point renferme un grand nombre de kystes variant du volume d'une noisette à celui d'un œuf d'oie. Le contenu de ces derniers est variable : dans les uns c'est un liquide analogue à celui du kyste principal ; dans d'autre un débris sanieux, dans certains du sang coagulé ou enfin du sang presque frais. Tous ces kystes sont tapissés d'un épithélium cylindrique, aplati par la pression du liquide qu'ils renferment.

Les plus petits contiennent des cellules cylindriques ayant subi la dégénérescence graisseuse, des cellules graisseuses normales, puis des amas de graisse sur la périphérie desquels on rencontre un épithélium cylindrique dégénéré. Ces petits kystes sont sans nul doute des débris d'acini glandulaires; à côté de ces kystes on rencontre des lacunes remplies de sang extravasé qui peuvent être considérées comme des ectasies vasculaires. Ces espaces lacunaires, véritables sinus, ont un endothélium tapissé de cellules fusiformes. On trouve encore des extravasats de sang en dehors de ces lacunes, entre les mailles du tissu cellulaire.

Il n'y a pas de canal excréteur dans cette tumeur qui a la forme du pancréas. Le liquide kystique est brun, visqueux, présentant pas le repos à sa surface une couche épaisse de cholestérine et un dépôt de mucosités; il renferme beaucoup d'albumine.

#### OBSERVATION XXVI

*Peorce Gould. The lancet, 1891, t. II.*

Annie S..., âgée de 34 ans, est admise à Middlesex hospital le 27 janvier 1891. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à 17 ans, époque à laquelle elle eut des calculs biliaires.

Mariée à 19 ans, elle eut trois enfants. A chaque grossesse elle fut atteinte de calculs biliaires, et neuf mois avant son dernier accouchement, un de ces calculs fut évacué.

La maladie actuelle commença le 10 janvier 1891, par quelques douleurs autour de l'ombilic. La malade garda le lit et deux ou trois jours après, ressentit une grande douleur dans l'hypo-

chondre gauche. Au début, elle remarqua une tumeur du volume du poing qui augmenta peu à peu. Elle ne pouvait prendre aucune nourriture et ne pouvait absorber que de l'eau-de-vie et de l'eau de seltz.

N'éprouvant aucune amélioration, elle se décida quinze jours après à entrer à l'hôpital.

Lors de son admission, la malade était maigre, quelque peu émaciée et anémique, elle se plaignait d'une douleur rongear-  
te vers le milieu de l'abdomen, principalement lorsqu'elle mangeait et alors la douleur devenait plus vive et s'accompagnait de nausées. La paroi abdominale était flasque. On pouvait remarquer dans l'hypochondre gauche une tumeur arrondie, s'étendant du rebord costal jusque sur la ligne médiane et à un pouce au dessus de l'ombilic.

La tumeur était lisse, ferme et semblait se mouvoir à chaque inspiration. Nulle apparence d'adhérences avec le rein. A la percussion la tumeur est mate avec une zone de sonorité tout autour. Les pulsations de l'aorte lui sont transmises, mais en pressant sur un des côtés de la tumeur elles disparaissent. Pas d'augmentation de volume du foie. La densité de l'urine est 1090. Réaction acide. Point d'albumine ni de sucre, mais une certaine quantité de phosphates. Température : 36.6 centigrades. Le nombre des pulsations radiales est de 64 par minute.

29 janvier 1891. — La malade n'a pas bien dormi ; elle a souffert la plus grande partie de la nuit.

30 janvier. — La tumeur a augmenté de volume et devient très douloureuse. On fit des fomentations chaudes, la douleur cessa et la tumeur sembla diminuer.

31 janvier. — Une consultation fut demandée ; d'après l'opinion générale, la nature de la tumeur était douteuse et on

décida de faire une ponction exploratrice. Les suppositions suivantes furent faites sur la nature de la tumeur : kyste hydatique, tumeur solide du pancréas, sarcome périnéal, tumeur de l'épiploon et kyste pancréatique.

4 février. — Opération. La malade est chloroformisée. On fait une incision de deux pouces et demi de long sur la ligne blanche, commençant à trois pouces au-dessus de l'ombilic.

Ouverture du ventre. L'incision de la paroi est alors agrandie, le colon transverse et l'épiploon sont écartés sur les côtés et recouverts soigneusement avec des éponges chaudes.

L'intestin grêle et le mésentère sont repoussés dans la fosse iliaque droite et un kyste apparaît sous le péritoine au milieu de la queue du pancréas. On coupe entre deux ligatures une grosse veine serpentant sur la partie la plus élevée, on introduit un trocart et une canule dans la poche et on retire environ deux onces d'un liquide jaune et épais.

L'ouverture de la ponction est élargie et on peut voir que le kyste est entouré d'un tissu mou et irrégulier. On introduit le doigt dans la poche jusque sur la douzième côte gauche, et on incise sur le doigt.

Un drain est placé dans cette ouverture.

Après avoir suturé avec soin l'incision du kyste, le péritoine est lavé, le colon transverse et l'épiploon mis en place et la paroi abdominale suturée. Le bout du drain est fixé sur les côtés de l'incision lombaire.

L'analyse du contenu du kyste donne les résultats suivants : réaction alcaline, beaucoup d'albumine précipitant par la chaleur et les acides, devenant visqueux et filant lorsqu'il était traité par la potasse.

L'examen microscopique montre que l'opacité de ce liquide

est due à des gouttelettes huileuses, à des leucocytes en dégénérescence graisseuse, à des cellules plus grandes « peut être épithéliales » et à des cristaux phosphatiques.

5 février. — Température de l'opérée 38°8 centigrades. Douleurs très vives. Une injection de morphine est faite.

6 février. — Nuit meilleure, la malade a trois vomissements.

7 février. — Pansement, nuit bonne, léger écoulement de pus par la plaie lombaire. Ventre moins tendu.

8 février. — Nuit bonne, Température 37°7. Pouls 90. Ventre mou.

11 février. — Pansement, écoulement plus abondant, semi-purulent ; le kyste est lavé avec une solution boriquée et le drain raccourci. Température 38°.

14 février. — Mauvaise nuit. Douleur au-dessus du sein gauche. Température 38°2. Pouls 188.

19 février. — Quelques gouttes de pus seulement dans le pansement.

21 février. — Grande amélioration. Température 37°9. Pouls 96. Respiration, drain raccourci.

22 février. — La tumeur ne peut plus être sentie. La malade ne souffre plus et s'améliore rapidement. Au sommet il y a un peu de tiraillement.

Depuis lors la malade va de mieux en mieux. Le drain est graduellement enlevé le 10 mars.

A cette époque la cavité paraît fermée.

23 mars. — La plaie est guérie, il n'y a aucune douleur à la place où était la tumeur ; la malade quitte l'hôpital.

En mai. — La malade a été revue ; elle était complètement guérie.

OBSERVATION XXV

*Pearce Gould, The lancet 1891. t. II*

Ellen A..., âgée de 39 ans, est admise à Middlesex hospital le 15 septembre 1890 pour une fistule pancréatique. Son histoire est la suivante : Elle n'a jamais été très robuste ; mais n'a jamais eu de maladies graves. En 1885 elle remarqua dans le côté droit de l'abdomen une tumeur qui au début, augmenta lentement, mais se développa plus rapidement en janvier 1886. En août 1886, elle eut de l'ictère qui apparut graduellement et éprouva, à la même époque, une douleur légère dans l'hypochondre gauche. Au mois de novembre suivant, l'ictère disparut et ne revint pas.

En 1887, elle fut soignée par M. Gould ; elle était maigre et anémiée sans ictère. Elle portait sous la partie supérieure du muscle grand droit abdominal une tumeur apparente, qui s'étendait de la partie inférieure du bord costal droit jusqu'à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic et, sur les côtés, à quatre pouces à droite de l'ombilic et un pouce et demi à gauche. Cette tumeur de consistance uniforme, était mate à la percussion avec une zone tympanique tout autour, légèrement mobile latéralement et ne se déplaçant pas sous l'influence des mouvements d'inspiration ou d'expiration. La tumeur n'atteint pas au pelvis et ne pouvait être repoussée vers les lombes. Les flancs étaient sonores et la paroi abdominale était mobilisable sur la tumeur. Foie normal, langue propre, appétit bon

selles régulières. Urine, densité : 1815, réaction acide, pas d'albumine ni de pigments biliaires.

16 juin 1887. — La malade est anesthésiée et on pratique une incision de deux pouces de long sur le point culminant de la tumeur. A l'ouverture du ventre, on trouva la tumeur recouverte par le péritoine, la vésicule biliaire était dans le flanc droit allongée et déviée.

La tumeur était fixée à la colonne vertébrale, sans adhérences avec le foie et croisée par la deuxième portion du duodénum. Une aiguille aspiratrice étant introduite, on retire un peu de pus ; puis on saisit le kyste avec une pince, la poche est vidée et l'aiguille retirée. On applique alors une ligature sur la plaie péritonéale, et on suture la plaie abdominale.

On avait retiré 30 onces d'un liquide visqueux alcalin, dont la densité était égale à 1.015', et donnant la réaction du sucre par la liqueur de Fehling. Dans la vésicule biliaire il ne fut point trouvé de calcul.

29 juin. — La plaie est guérie ; les points de suture sont enlevés. Le kyste est de nouveau rempli, formant une tumeur presque aussi grosse que précédemment. La malade a de l'ictère depuis 4 jours.

30 juin. — L'ancienne plaie est ouverte. On trouve le duodénum situé sur le kyste autour duquel il y a des adhérences résultant de la première opération. Le kyste est ponctionné, on retire 50 onces d'un liquide gluant.

Quand le kyste a été ouvert, on a pu voir qu'il était limité par une membrane d'enveloppe molle et floconneuse, s'étendant en arrière jusque sur la colonne vertébrale. Les parois du kyste sont fixées au bord de la plaie et on introduit dans sa cavité un gros drain.

3 juillet. — Ictère assez intense. La malade ne souffre pas. Le drain laisse écouler un liquide épais et sanguinolent.

6 juillet. — L'ictère a beaucoup diminué.

Il s'est écoulé tellement de liquide que le pansement est entièrement mouillé et on doit le changer tous les jours.

21 juillet. — Le kyste ne laisse couler qu'une petite quantité de liquide très clair.

27 juillet. — Il n'y a plus de tumeur apparente, la malade est renvoyée chez elle après avoir appris à se panser elle-même.

Il y a encore un léger écoulement

En 1889, la malade revient à l'hôpital, elle est enceinte et accouche bientôt à terme et sans complications ultérieures.

En septembre 1890, elle est de nouveau encore admise à Middlesex hospital. Il s'écoule encore par la plaie un peu de liquide visqueux, bien qu'on l'ait traitée par divers astringents et des liquides antiseptiques. Tout autour de la fistule les tissus sont durs, infiltrés.

Il existe au niveau de la fistule une tumeur bosselée, rugueuse, qui paraît s'étendre en arrière vers la colonne vertébrale. Les ganglions de l'aîne et de l'aisselle droites sont gonflés. On décide de ne faire aucune opération, la malade retourne chez elle. En réponse à une lettre adressée à son médecin traitant, il fut répondu : « Encore vivante, mais pas pour longtemps très probablement ».

OBSERVATION XXVI

*Clinical society of London, 3 décembre 1882.*

The Lancet 1892.

1° M. Hulke rapporte le cas d'un kyste pancréatique traité par la laparotomie exploratrice et suivi de mort. On savait qu'il existait une tumeur abdominale depuis l'enfance. La malade, une dame âgée de 47 ans, ne se souvenait pas de son début.

En décembre 1878, lorsqu'elle entre à Middlesex-Hospital, la tumeur remplissait la région centrale de l'abdomen, depuis les cartilages costaux jusqu'au pubis. La malade qui était depuis longtemps infirme, avait des attaques de douleurs abdominales très pénibles, des vomissements incoercibles et une constipation opiniâtre. On pensa à une tumeur ovarienne et on se décida à faire une laparotomie exploratrice ; ce qui fut fait. La tumeur était complètement rétro-péritonéale. Son bord supérieur était formé par le pancréas qui y adhérait.

Il y avait au devant une grosse veine splénique tandis que sur son bord inférieur, elle était recouverte transversalement par une petite anse intestinale qui lui était attachée par une extension du péritoine recouvrant la partie antérieure de la tumeur.

En raison d'adhérences solides avec la veine cave et l'aorte, on dut abandonner toute tentative d'énucléation de la tumeur.

On incisa la tumeur et il en sortit beaucoup de liquide brunâtre et glaireux.

On fixa l'ouverture du kyste aux lèvres de la plaie abdominale. Le choc tua la malade quelques heures après.

La famille s'opposa à la nécropsie ; mais le docteur Hulke, s'appuyant sur les connexions reconnues au cours de la laparotomie exploratrice, ne croit pas que l'on puisse élever aucun doute sur l'origine pancréatique de la tumeur.

2° Le Dr Shoskey rappelle un cas récemment opéré par M. Clutton. Il s'agissait d'une femme de 35 ans qui était porteur d'une tumeur dans le flanc droit depuis l'âge de 16 à 20 ans. Déjà 20 ans auparavant, le docteur Cullingworth y avait fait une ponction exploratrice, en avait retiré un liquide albumineux et la tumeur avait disparu. A son entrée à l'hôpital Saint-Georges, elle se plaignait de douleurs et de gêne abdominale.

On trouve dans l'hypochondre droit une tumeur très mobile dans toutes les directions. A l'ouverture de l'abdomen on s'aperçut qu'elle était adhérente au pancréas, au niveau de son extrémité gauche. Cette tumeur énucléée contenait 1.024 grammes de liquide albumineux trouble présentant des reflets irisés par suite de la présence de cholestérine.

M. Clutton ajoute que la tumeur put facilement être extraite par la plaie abdominale entraînant avec elle la queue du pancréas.

OBSERVATION XXVII

*Kyste du pancréas, traité par la laparotomie. Drainage-Guérison.* Boston med. journal, 1892, t. I, p. 87. *Richardson.*

La malade, M... B..., fut adressée au Dr Richardson par le Dr Conxe Holyoke. C'était une femme robuste, âgée de 38 ans, mariée à 19 ans, mais n'ayant jamais eu d'enfants. A 34 ans, ses règles deviennent douloureuses, mais restent régulières jusqu'à il y a 4 ans, époque à laquelle elles augmentent de fréquence et d'abondance. La malade se décide alors à consulter un médecin. Il y a deux ans, après avoir été électrisée quelquefois, elle alla mieux, puis au bout de peu de temps, éprouva des douleurs dorsales, des maux de tête et eut des mictions fréquentes.

A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion au premier degré; il est élargi symétriquement, du volume d'une grosse orange, et marque 12 centimètres à l'hystéromètre. La muqueuse utérine est friable et saigne facilement.

Etat général bon, malgré les métrorrhagies qui durent dix jours par mois.

Repos au lit. On fait deux curettages. On donne à la malade de l'ergot de seigle, du bromure de potassium, et après trois mois elle peut vaquer à ses occupations.

Ceci se passait en janvier 1891. Jusqu'en mai rien de particulièrement alarmant, sinon que la malade éprouva quelques vomissements et s'aperçut qu'elle avait un peu à gauche de la ligne médiane, dans la région stomacale, une tumeur.

Cette tumeur avait le volume d'une petite noix de coco; douleur peu forte. La malade éprouve un malaise constant; il y a perte de l'appétit, diminution de l'acuité visuelle, céphalée matinale et un peu de constipation.

Vers le 1<sup>er</sup> mai, la tumeur disparaît pour reparaître bientôt et acquérir vers le 1<sup>er</sup> juillet trois ou quatre fois le volume d'une tête de fœtus à terme.

Durant ce laps de temps les troubles utérins reparaissent, et quand la malade entra à la maison Saint-Margareth, elle éprouva d'abondantes hémorrhagies, que l'on put faire disparaître grâce à l'ergot de seigle et au fer.

L'examen au spéculum montre qu'il n'est rien changé aux conditions existant lors du premier examen. L'utérus a seulement un peu diminué de volume.

L'état général semble toujours à peu près bon, la malade n'a pas maigri, mais elle manque d'appétit, dort peu, est constipée et présente quelques troubles stomacaux.

A la partie supérieure de l'abdomen on remarque une tumeur située à 8 centimètres au-dessus et à droite de l'ombilic, de forme ovalaire, ayant 22 centimètres de long et 13 centimètres de large, unie, mobile, dure, non adhérente à la peau et nettement fluctuante, pas trop distendue et peu douloureuse à la pression modérée.

La malade n'a pas eu d'ictère; ses selles sont normales et ses urines aussi. Le foie semble un peu comprimé par en haut, mais il n'est point élargi.

La zone de sonorité stomacale.

La question de diagnostic exact ne peut se poser en présence de signes aussi vagues, car il ne ressort qu'un seul fait certain, c'est que la malade porte dans l'hypochondre droit et l'épigastre

une tumeur kystique volumineuse qui lui fait éprouver une grande gêne.

On décide de faire une laparotomie. Le Dr Richardson assisté du Dr Mainfort, la pratiquent le 23 juillet 1891. Ils font d'abord une incision comme pour une cholécystotomie. Le kyste est découvert et se montre avec des parois minces, non adhérentes, vasculaires. On le découvre et on le ponctionne, 6 litres 810 de liquide sont retirés et laissent voir la paroi interne du kyste tapissée d'une matière grisâtre semblable au caséum des ganglions tuberculeux. La cavité explorée avec le doigt le conduit derrière l'estomac, vers le milieu du pancréas. Là, on trouve un large pédicule adhérent intimement avec cet organe. On eût été inexcusable de différer plus longtemps un traitement radical. On fixa donc la poche à la paroi abdominale et on mit un drain dans la cavité.

L'occlusion de la poche kystique par bourgeonnement et adhérences fut assez longue, comme il est de règle en pareil cas.

Mais après six semaines, la malade put rentrer chez elle, n'ayant seulement au niveau de la plaie qu'une fistule donnant environ une demi-tasse à café chaque jour, d'un liquide clair.

La malade garda le lit, prit du fer et de l'ergot de seigle, et eut deux périodes menstruelles normales. Le volume de l'utérus diminua considérablement, et trois mois après l'opération l'opérée se portait très bien et ne conservait qu'une fistule insignifiante.

Voici ce que rapporte le Dr Witney au sujet du liquide retiré de ce kyste.

Quantité 6 litres 810, densité 1.007. Réaction alcaline. Albu-

mine 25 0/0. Le liquide est un peu opaque et présente un dépôt rougeâtre.

L'examen microscopique décèle un grand nombre de globules rouges et de leucocytes, des cellules plus grandes avec noyau et nucléole contenant un protoplasma clair, parsemé de gouttelettes huileuses, et une grande quantité de masses filamenteuses qui ne se colorent pas par le bleu de méthylène. Les Drs Fitg et Honington reconnaissent les cristaux de stéarine.

Et il ajoute :

« La méthode la plus sûre de traitement de ces kystes est le drainage sans songer à l'énucléation. Il est en effet difficile, dans la plupart des cas, d'extirper un kyste qui est formé par une dilatation du canal de Wissing ou de ses branches. L'effet immédiat de la sécrétion sur la peau est de l'irriter, mais on peut éviter cela au moyen de certaines précautions. La gêne résultant d'une fistule permanente n'est pas très grande.

En prévision d'une rupture éventuelle des kystes pancréatiques, il est urgent de les explorer de bonne heure pour pouvoir diriger le traitement de telle ou telle façon suivant les cas ».

#### OBSERVATION XXVIII

*Phulpin*, Bull. de la Soc. anat. 1892, p. 9. — *In Nimier*. Revue de chir. 1893.

Femme de 73 ans réduite à un état d'amaigrissement extrême, morte après avoir présenté pendant un an, de l'ictère avec un foie de dimensions normales et une vésicule distendue. A l'autopsie on constate une cirrhose biliaire, on trouve 54 cal-

culs, dans la vésicule doublée de volume, enfin les canaux hépathique, cystique et cholédoque sont dilatés, ce dernier présente les dimensions d'une anse intestinale jusqu'à 2 centimètres environ de son embouchure dans l'ampoule de Vater. A ce niveau, au-dessous d'un calcul biliaire arrêté, il recouvre son volume normal.

Le pancréas a subi une transformation kystique « La surface de la glande était soulevée par une vingtaine de kystes transparents du volume d'une noisette qui étaient disséminés irrégulièrement dans le corps et l'extrémité splénique de l'organe. Sitôt le pancréas écrasé, tous les kystes s'affaissèrent subitement, tandis qu'échappait un liquide incolore et visqueux d'apparence albumineuse ayant l'ensemble des caractères microscopiques du suc pancréatique.

A travers l'incision pratiquée sur la surface antérieure, suivant le grand diamètre, apparaît une cavité cylindrique qui occupe l'axe de la glande et admet aisément les deux dernières phalanges de l'index.

A ses parois qui offrent l'aspect d'une paroi vasculaire, on reconnaît sans le moindre doute possible le canal de Wirsung considérablement dilaté. La dilatation se poursuit jusqu'au point où le canal pancréatique s'adosse au canal cholédoque avant de traverser avec lui les tuniques intestinales, là, précisément où nous avons rencontré le calcul du canal cholédoque. Au-delà son calibre redevient normal et ne subit plus aucune modification dans le reste de son parcours.

La dissection attentive des voies pancréatiques n'amène la découverte d'aucun calcul, par contre, elle nous fait constater l'imperforation congénitale du canal accessoire après un trajet d'un centimètre et demi, en outre l'absence du côté de l'intestin

de tout vestige de la caruncula minor: dispositions qui rendent compte de la dilatation énorme qu'avait subie les voies pancréatiques du fait de la compression d'un canal excréteur unique ».

#### OBSERVATION XXIX

*Thirolaix et du Pasquier.* Bulletin de la Soc.anat.1892,p. 311  
*in Nimier.* Rev. de chir.1893.

A l'autopsie d'une femme âgée de 93 ans, morte de bronchite chronique sans avoir présenté dans ses urines, ni sucre ni albumine, on trouve la partie moyenne du pancréas transformée en une tumeur bosselée de la grosseur des deux poings, constituée par 5 ou 6 kystes dont les plus grands atteignent le volume d'un œuf de poule. Entre ces kystes se voient des lobules graisseux et de petites cavités kystiques du volume d'un poids.

Toutes ces poches sont closes et ne communiquent pas entre elles. La tête du pancréas est en partie infiltrée de graisse au sein de laquelle existent égrenés de petits kystes.

Dans d'autres points, le tissu paraît transformé, en tissu aréolaire spongieux et résistant par suite de l'agglomération d'un nombre infini de petites cavités de formes et de dimensions variées. L'orifice et la lumière du canal de Wirsung sont normaux.

Le liquide renferme une grande quantité d'albumine, des débris épithéliaux et quelques cellules lymphatiques.

Au microscope, les parties de la tumeur qui paraissent saines sont formées de cellules d'apparence embryonnaire, sphéri-

ques avec un noyau très apparent, très rapprochées les unes des autres, séparées par de larges tractus conjonctivo-vasculaires. En certains points, ces petites cellules s'orientent de façon à limiter et à circonscire de petits espaces circulaires que l'on peut regarder comme les vestiges des cavités kystiques.

Dans les parties d'aspect aréolaire, les coupes ont montré des espaces libres, la plupart déformées par pression réciproque. Les cloisons sont constituées par de petites cellules rondes réunies sous forme de tractus larges, ou par des travées de tissu conjonctif avec de très rares vaisseaux.

Dans la région des kystes de petites dimensions, les travées sont essentiellement conjonctives et formées de tissu fibreux. Les cellules sont rares, les vaisseaux plus nombreux et remplis de sang. Les travées sont tapissées d'une ou deux couches de cellules cubiques. A la coupe, les cavités sont vides.

Les grands kystes ont des parois essentiellement fibreuses ; les vaisseaux y sont devenus rares.

#### OBSERVATION XXX

*Weiss. Kyste} pancréatique dû à un calcul. Obstruction  
supprimée par une exploration digitale. Med Record,  
23 décembre 1893.*

A 25 ans, en 1896, une femme éprouve dans l'abdomen des coliques qui reviennent à intervalle pendant 4 mois, cessent puis reparaissent au bout de 8 mois, un peu moins fortes qu'auparavant ; cependant une attaque persista plusieurs heures.

En octobre 1897, la malade remarque l'apparition soudaine

dans la partie supérieure de l'abdomen, d'une tuméfaction dure, tendue, qui augmente pendant trois jours.

La journée suivante une grande quantité de liquide est rendue avec les selles. La femme, du reste, ne se plaignait que de faiblesse et de perte de forces. 16 jours plus tard, la tumeur apparaît à la même place, augmente pendant six jours, est ponctionnée et donne environ un demi-litre de liquide épais, vineux, dont l'examen chimique décèle la nature pancréatique.

Le 27 février la malade entre à l'hôpital. Depuis 8 mois elle est constipée ; ses selles sont de couleur normale, la digestion n'est pas troublée. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Température 37°5, pouls 100.

La tumeur a conservé son volume. L'abdomen est très distendu, surtout à gauche et notablement au-dessus de l'ombilic, la tumeur est globuleuse, assez bien limitée, tendue, animée d'une impulsion indistincte, mate, sans modification de la matité suivant les positions de la malade.

Par aspiration on retire un liquide brun rouge foncé qui dilué avec une égale quantité d'eau prend la teinte d'une solution d'hémoglobine. Il est alcalin, légèrement albumineux, un peu fétide, de densité: 1.014, visqueux, sans pigment biliaire, sans peptones, il émulsionne les huiles neutres, l'albumine et le blanc d'œuf. Au microscope on y découvre un grand nombre de leucocytes, et de grosses cellules rondes à protoplasma pigmenté, quelques petits cristaux sans doute des phosphates, pas de globules rouges. Au total, c'est du suc pancréatique.

Le lendemain de la ponction, la malade étant anesthésiée, on sent dans l'abdomen devenu flasque une masse vague à la place de la tumeur. Par une petite incision de 5 centimètres sur la

ligne médiane au-dessus de l'ombilic, le chirurgien introduit deux doigts, et à la place du pancréas reconnaît une masse transversalement dirigée, grosse comme les deux poings, surtout du côté gauche, dure, sans nodule. De cette exploration, Weiss conclut qu'il s'est agi d'un kyste du pancréas par obstruction du canal pancréatique, et comme depuis 5 ans qu'elle a été opérée, la malade va bien, il est probable qu'il s'agissait d'une obstruction, non pas par une tumeur, mais par un calcul qui a été placé par les manipulations au cours de la laparotomie exploratrice.

#### OBSERVATION XXXI

*Zweifel.* Soc. de Gynécologie de Leipzig, 7 juillet 1891. In *Vergez.* Journal de médecine de Bordeaux, 24 novembre 1895.

La malade, âgée de 64 ans, veuve depuis 30 ans environ, se plaignait de troubles stomacaux.

Elle avait remarqué depuis trois ans l'existence d'une tumeur située sous le rebord costal, ayant subi depuis les six semaines passées un accroissement notable.

Cette tumeur apporte une gêne à la libre respiration, à l'extension de l'estomac, mais n'est pas douloureuse. Cette déclaration de la malade éloignait toute idée de carcinome de l'estomac ou de l'épiploon.

Rien à signaler au point de vue héréditaire ; à 8 ans, fièvre typhoïde, plus tard un érysipèle de la face ; à 40 ans la variole.

Depuis cette dernière maladie elle a cessé d'être réglée, deux

grossesses normales et deux fausses couches. Aucun traumatisme.

Etat au moment de l'entrée à l'hôpital:

La femme est maigre, sa musculature est faiblement développée, on remarque des pétéchies sur la poitrine et la paroi abdominale. Le cœur et les poumons sont sains. Les mamelles ont subi l'atrophie sénile. Le ventre est rendu à demi-globuleux par une tumeur qui a à peu près la grosseur d'une tête humaine, tumeur qui reste immobile pendant la respiration, retenue qu'elle est par les anses intestinales. Il est dur, lisse, un peu aplati à droite sans ondulation ni fluctuation.

La percussion donne un son étouffé, la tumeur se déplace un peu. Le corps a 128 centimètres de circonférence; l'appendice xyphoïde est séparé de la symphyse pubienne par une distance de 48 centimètres.

On sent les ganglions inguinaux légèrement tuméfiés. Rien à signaler à la vulve : l'utérus rapetissé est en rétroflexion, les trompes et les ovaires sont en état d'atrophie sénile.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines ; les fèces sont normales.

Le diagnostic se posait entre un kyste rétro-péritonéal dermoïde ou hydatique et un kyste du pancréas. En raison de la croissance rapide de la tumeur, l'opération fut décidée avec narcose à l'éther.

15 février. — Incision de 3 à 4 pouces tant au-dessus qu'au dessous du nombril.

Les parois abdominales sont fermes, un peu grosses ; le péritoine est lisse, pas d'ascite. On agrandit un peu l'incision au-dessus de l'ombilic et à la faveur d'une petite fissure faite

dans le grand épiploon, on aperçoit le kyste d'un blanc éclatant.

Le doigt, conduit à travers cette petite ouverture se rend compte de l'indépendance du kyste par rapport à l'appareil sexuel et de l'origine de la tumeur en arrière de l'estomac, et au-devant de la colonne vertébrale. On est alors la présomption qu'on se trouvait en présence d'un kyste du pancréas. Pour éviter l'épanchement de son contenu dans la cavité abdominale, il fallait le libérer davantage et l'amener au niveau de l'incision sur la ligne blanche. On agrandit donc latéralement l'incision des parois abdominales. On réséqua entre deux ligatures une portion du grand épiploon, lequel faisait corps avec le kyste sur une grande étendue et dont il fut séparé avec un instrument moussé.

Le kyste ainsi libéré fut attiré jusqu'au niveau de l'incision, entouré de compresses destinées à protéger la cavité abdominale contre l'irruption des liquides. On retira 2 litres d'un liquide clair, presque incolore, opalescent. On put alors affirmer la nature du kyste, lequel siégeait sur la queue du pancréas dont la tête, en rapport avec le duodénum, était d'un rouge grisâtre.

On en préleva quelques lambeaux, mais 5 centimètres environ de tissu glandulaire furent abandonnés.

Attiré entre l'estomac et le côlon transverse, le kyste était presque libre, uni seulement au duodénum par les restes du pancréas, mais recouvert encore à gauche par une faible portion de mésentère, dont on le libère à coups de ciseau. Cependant les tractions déchirèrent de grosses veines qui saignaient abondamment; hémorrhagie dont on se rendit maître avec les pinces de Bileroth et de Collin et des ligatures. Enfin le kyste fut totalement libre. Il restait une portion du pancréas large de

7 centimètres. On sutura le péritoine ainsi que les parois abdominales après toilette convenable.

Le 15. — Pas de vomissements. Pouls tranquille. Cathétérisme ; un peu d'urine de couleur foncée dans la vessie.

Le 16. — La malade a dormi. Pas de vomissements. Pouls un peu plus fréquent. Température normale. Cathétérisme : un peu d'urine sans sucre. La malade a soif ; langue un peu sèche.

Le 17. — Le pouls est devenu plus tranquille, plein et puissant.

Température normale. Langue humide.

Cathétérisme : urine sans sucre.

Le 18. — Garde-robe facile, peu abondante, muqueuse, faiblement colorée.

Le 21. — On enlève les fils. Réunion par première intention.

Le 25. — Légère polyurie, traces de sucre, « épreuve de Tommes ». Eschare du décubitus.

Le 28. — Disparition du sucre.

Le 2 mars. — Réapparition du sucre, légère élévation de température. Cystite. Lavage de la vessie et cathétérisme.

Le 20 mars. — Plus de sucre. Guérison de la cystite et de l'escharé, cicatrice abdominale parfaite.

Guérison en 30 jours.

Revue le 7 juin 1894. Parfaite santé, pas de sucre.

OBSERVATION XXXII

*Alban-Daran. Kyste du pancréas traité par l'incision et le drainage. Guérison. Société médicale de Londres.*

*In Bulletin méd. 19 janvier 1898.*

La malade est une servante âgée de 24 ans dont l'état général paraissait excellent. Elle était entrée à l'hôpital en mai 1897 pour une tumeur abdominale qui avait débuté 20 ans auparavant.

Elle déclarait ne pas avoir reçu de coup et ne pas avoir eu de jaunisse.

Après l'opération, on a appris qu'elle avait eu, depuis 4 ans, deux attaques de mélancolie et que depuis dix-huit mois elle ressentait fréquemment à l'épigastre des crampes douloureuses avec nausées et sans vomissements. La tumeur était fortement saillante, fluctuante, très mobile, siégeant à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche.

Une assez large incision exploratrice fit voir qu'il s'agissait d'un kyste situé au-dessous du méso-colon transverse, inséré par une large base au corps du pancréas près de sa tête. La poche fut suturée aux bords de la plaie abdominale et drainée, puis lavée journellement avec une solution d'acide sulfureux au vingtième.

Elle contenait 1.400 grammes d'un liquide gris jaunâtre sans traces de crochets, ni de membrane hydatique ancienne.

Une sécrétion limpide s'écoula pendant quelques mois par une fistule qui avait persisté à 8 centimètres au-dessous du cartilage costiforme, l'écoulement cessa en novembre, 9 mois après la sortie de l'hôpital.

La malade présentait avant et après l'opération une dilatation très marquée des pupilles. Son pouls, qui était à 84, se maintint généralement à 96 pendant la convalescence.

La couleur et l'aspect des fèces ne présentaient rien d'anormal. Il n'y avait pas de dégoût pour les aliments gras. Jamais aucune trace de sucre dans l'urine.

#### OBSERVATION XXXIII

*K. Steele.* The Chicago med Jo and Exam., *avril 88 et Archives gén. méd., octobre 88.*

William Johnson, célibataire, 40 ans, officier de police, originaire de l'Etat d'Indiana, n'a aucune tare héréditaire et n'a jamais fait aucune maladie : ni syphilis, ni alcoolisme, mais on relève dans son histoire plusieurs traumatismes : à l'âge de 12 ans, chute sur l'abdomen en travers d'un rail, suivie pendant quinze jours de l'impossibilité de se pencher. Vers 25 ans, coup sur le côté au-dessus des côtes ; vers 27 ans, pendant un voyage en chemin de fer, chute avec traînage sur le sol et compression entre les wagons, mais sans conséquences sérieuses ; en 1876, fracture du péroné.

En 1875, apparut dans les régions ombilicale et épigastrique, une tuméfaction qui s'accrut lentement. Molle, elle avait un point saillant sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Son apparition fut accompagnée de cardialgie, de coliques, de crampes à son niveau et de quelques vomissements de mucus filant. Le professeur Hall diagnostiqua un kyste du péritoine et en tira par aspiration environ 1,300 centimètres cubes de liquide de couleur chocolat et de

consistance analogue à celle du *porter*. Il reste de l'empâtement, mais il ne se reproduit de tumeur qu'en 1883. Au mois d'août, ponction évacuante 15 litres de liquide brunâtre. Dans l'été de 1884, en 1885, en 1886, trois autres ponctions avec même résultat.

Pendant tout ce temps, l'état général reste normal : selles régulières, peut-être un peu claires comme couleur. Il n'y eut jamais de douleurs abdominales, mais dans le dos, une douleur augmentant avec le volume du kyste et accompagnée de gêne de la respiration. En 1883, il y eut une hydrocèle scrotale gauche, guérie par une ponction et des injections iodées.

Depuis trois mois, le malade a maigri de 195 à 172 livres (américaines) et actuellement la tumeur est aussi grosse qu'elle l'a jamais été. Presque tout l'abdomen y prend part, le sommet de la saillie est à 5,5 pouces de l'ombilic et 4 de l'appendice xiphoïde, le malade étant couché. Si ce dernier est debout, le sommet est reporté un peu à droite de la ligne médiane. La tumeur est mate et par la percussion on lui trouve les limites suivantes : une ligne partant d'un point situé à deux pouces au-dessus du mamelon gauche, passant à un demi-pouce au-dessous du rebord costal droit et parallèlement à lui jusqu'à deux pouces de la région lombaire droite, puis traversant l'abdomen au-dessous de l'ombilic, atteignant l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, suivant la crête iliaque, puis le rachis jusqu'à la dixième côte et de l'insertion de celle-ci allant rejoindre le point de départ sous le mamelon.

La matité, qui est complète, occupe donc l'épigastre, presque toute la région ombilicale, une partie de l'hypochondre ainsi que de la région lombaire à gauche.

Le bord gauche du foie est à deux pouces en dedans du mame-

lon droit, et son bord inférieur parallèle au rebord costal est séparé de la matité de la tumeur par un espace à sonorité tympanique. La matité cardiaque est également séparée de celle de la tumeur : la pointe bat à un demi-pouce au-dessous et deux pouces à droite du mamelon gauche.

La tumeur est lisse, tendue et fluctuante : il y a une légère douleur à la pression au-dessous du bord supérieur de la matité, douleur spontanée légère dans le dos à gauche, dans la hanche et la cuisse droites ; pas de dilatation veineuse, pas d'œdème des membres inférieurs. Rien aux poumons, respiration courte. Appétit et digestion sans troubles, selles régulières de couleur brun foncé, pâteuses, d'aspect huileux.

Le 15 octobre. — Incision de la paroi abdominale avec toutes les précautions antiseptiques et anesthésie.

On ne trouve pas d'adhérences entre les feuillets du péritoine. Le kyste suit les mouvements de la respiration. On suture le péritoine à la paroi et on égratigne la surface du kyste pour obtenir des adhérences. A la seconde opération, sans anesthésie, on trouve des adhérences solides. Une ponction avec l'aiguille à injections hypodermiques montre la grande épaisseur de la paroi, trois quarts de pouce : incision au thermo-cautère jusqu'à ce que la paroi soit assez amincie pour permettre la pénétration facile d'un gros trocart : plus de sept litres de liquide analogue au porter. Suture du kyste à la paroi ; gros drain double. Le malade se trouve soulagé. L'écoulement diminue peu à peu ; la peau, protégée par de la vaseline, reste intacte. Le liquide de l'écoulement, soumis à deux examens chimiques, contient de l'albumine, du sérum, des globules sanguins, une petite quantité de matière grasse (probablement de la cholestérine), de l'oxalate de chaux, de l'acide oxalique,

des sels de soude et de potasse en petite quantité, beaucoup d'eau. Il est impossible de lui trouver des propriétés digestives.

L'examen de la poche avec le doigt montra qu'elle occupe la queue du pancréas et que sa surface est tapissée de concrétions, résultant probablement de réactions chimiques dans la cavité, et dont on peut enlever les fragments avec l'ongle.

Au bout de trois mois, l'écoulement dure encore et atteint environ 70 centimètres cubes de liquide clair : la poche contient, à l'état de distension, encore 800 centimètres cubes. Des loges se sont formées par plissement de la paroi. Celle-ci, très épaisse, mesure un demi à trois quarts de pouce. L'état général est excellent, mais pour arriver à la guérison complète, l'auteur, après avoir discuté divers procédés, se propose de faire passer un drain par la région lombaire gauche en dehors du rein.

#### OBSERVATION XXXIV

*Subotic*, Ein operirter Fall von Pancreas cyste. *Wiener medic. Zeitung*, 1887, n° 23 et 24.

Homme de 20 ans. Il porte à l'épigastre une tumeur, dont le développement remonte à deux ans. Comme symptômes, on note des vomissements rares, de la dyspnée qui augmente avec l'accroissement de la tumeur ; de l'œdème des paupières et des malléoles.

*Etat actuel.* — Tumeur médiane, située à l'épigastre, de la grandeur d'une tête d'enfant, dont l'extrémité inférieure dé-

passé l'ombilic de deux travers de doigt. La circonférence du ventre à ce niveau est de 92 centimètres. La partie supérieure de la tumeur est bien limitée ; elle est lisse et recouverte par l'estomac, que l'on sent très nettement et qui donne la sensation d'un coussin à air. Sonorité tympanique au niveau de la tumeur ; à gauche et en bas, matité. Abdomen tendu. La tumeur n'est pas mobile ; elle ne suit pas les mouvements de la respiration ; on y perçoit une fluctuation évidente. Il n'y a pas de frémissement hydatique. Elle est animée de battements isochrones au pouls, visibles et tangibles ; il n'y a pas de pulsations dans le sens transversal. Urines albumineuses.

Le chirurgien pratique l'incision du kyste en deux temps et draine la poche.

Suites simples, à part une diarrhée de quelques jours, une polyurie transitoire avec albuminurie et un eczéma passager au pourtour de la plaie.

Guérison absolue en quatre semaines.

Le liquide extrait (2 litres) est alcalin, trouble et coloré en brun. Il contient des globules rouges déformés et des globules graisseux ; de plus un ferment qui transforme l'amidon en sucre.

#### OBSERVATION XXXV

*Cas de kyste pancréatique. Incision en un temps, guérison.*

*Hahn (Kramer).*

In Centralblatt f. Chir. 1886, n° 2.

Jeune fille de 16 ans se plaint de gonflement et de douleurs dans la moitié supérieure de l'abdomen. Vomissements.

A son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur occupant l'épigastre et les deux hypochondres. Elle est lisse, rénitente ; sa matité se confond avec celle du foie.

*Diagnostic* : Kyste hydatique du foie.

*Opération.* — Division des téguments et du péritoine ; après incision de l'épiploon, au niveau du prolongement de la ligne mamillaire droite, on attire le kyste dans la plaie à l'aide de deux fils passés dans sa paroi.

Suture du kyste à la peau, puis incision et évacuation de deux litres de liquide clair comme de l'eau, neutre, très riche en albumine, avec très peu de globules graisseux. D = 1008.

Drainage et pansement antiseptique.

Le kyste était compris entre l'estomac et le côlon transverse ; il se dirigeait vers le pancréas. Sa paroi interne était en partie lisse, en partie plissée et d'aspect rouge-gris.

Pas de complication autre qu'un eczéma au pourtour de la plaie pendant quelques semaines.

Au début, écoulement très abondant ; plus tard, de plus en plus rare, d'un liquide clair, analogue par sa composition chimique au suc pancréatique. Pas de suppuration. Fistule pendant quatre mois, puis guérison. Passé ce temps, il n'y a plus trace de tumeur. Guérison maintenue au bout d'un an.

#### OBSERVATION XXXVI

*Ueber Pancreascysten. Lardy.* Correspondenzbl. f. schw. Aerzte, 1888, 1<sup>re</sup> mai, p. 229.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été opéré par Kocher et présenté par Lardy à la Société des médecins du canton de Berne, le 22 février 1888.

Voici son histoire :

Homme de 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni morbides.

Le 20 décembre 1886, il éprouve pour la première fois de violentes douleurs abdominales, sans cause appréciable.

Le lendemain tout rentre dans l'ordre ; pas de douleurs à la pression ; pas de ballonnement. Selles de couleur normale. Le malade reprend ses occupations.

Le 17 janvier 1887, nouvelle crise, analogue à la première. Douleurs intenses pendant trois heures, puis atténuation, sans jamais disparaître complètement et ce pendant six à huit semaines.

Huit jours après ce deuxième accès, le patient s'aperçoit que la partie sous-ombilicale de son ventre grossit.

En quinze jours la tuméfaction a acquis son apogée. Le malade est forcé de s'aliter, éprouvant des douleurs en marchant. Appétit conservé. Selles régulières un peu décolorées et rubanées. Pas d'ictère. Urines rares légèrement troubles.

A partir de la fin du mois de février, le sujet peut sortir de temps en temps.

A la fin de juin, vomissements avec symptômes d'étranglement, de peu de durée.

Nouvelle rémission de six semaines, puis vomissements de plus en plus fréquents et finalement quotidiens.

Une heure après les repas, gonflement au niveau de l'épigastre, crampes et vomissements, puis répit.

D'octobre en novembre, ces symptômes deviennent persistants.

Amaigrissement, perte des forces.

Le 24 novembre 1887, on fait sous chloroforme un examen

approfondi. suivi de la ponction exploratrice. Symptômes de péritonite pendant huit jours.

Le 6 décembre 1886. le malade est évacué au service de chirurgie du professeur Kocher.

*Etat actuel.* — Abdomen distendu régulièrement. Forte tension des parois.

Présence d'une tumeur volumineuse ronde, s'étendant de l'épigastre jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et la symphyse, très nettement fluctuante, à surface lisse.

Peau non adhérente à la tumeur.

A la partie supérieure de l'abdomen, son tympanique; ailleurs matité.

En avant de la tumeur on sent très nettement, s'étendant d'un rebord costal à l'autre, une bride tendue, en forme d'arc à convexité inférieure.

L'ombilic est fortement refoulé en bas; la distance entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic est bien le double de celle de l'ombilic à la symphyse.

En insufflant l'intestin par l'anus, la bride en question se dilate énormément; il s'agit donc bien du côlon et la tumeur se trouve située derrière lui. L'insufflation de l'estomac démontre également que cet organe, qui remplit alors l'hypocondre gauche, est située en avant de la tumeur.

Percussion et auscultation des organes thoraciques normales.

Selles de couleur normale.

Pour l'heure, le malade accuse peu de douleurs; quelquefois après le repas, vomissements. Urines normales.

La recherche de la tripsine donne, comme d'habitude, un

résultat négatif. Le liquide retiré quelques jours auparavant, par la ponction est rouge foncé, sanguinolent.

L'examen microscopique dénote la présence de globules rouges, non altérés, des amas de globules graisseux, renfermant par-ci, par-là, des amas d'hématoïdine (pas de beaux cristaux), des cristaux de cholestérine, pas trace de cellules endothéliales, ou épithéliales.

En résumé, la tumeur s'est développée dans l'épigastre, derrière le grand tablier épiploïque, derrière l'estomac et le côlon; elle est située très sensiblement sur la ligne médiane et fluctue manifestement.

Vu la petite quantité de liquide extraite par la ponction, l'analyse chimique n'avait pas été faite; une deuxième ponction ne fut pas exécutée, de crainte d'accidents péritonéaux.

Le diagnostic de kyste pancréatique était justifié, parce que l'expérience nous apprend que ces kystes sont souvent hémorragiques, ce qui n'est pas le cas pour les kystes des reins, des capsules surrénales ou du foie.

Les antécédents, d'autre part, autorisaient à émettre cette opinion; les douleurs lancinantes, en effet, pouvaient être mises sur le compte d'une obstruction du canal pancréatique ou d'un canal accessoire par un calcul; le développement rapide s'expliquait par une hémorrhagie, car le kyste n'avait pas débuté comme un hématome et l'hémorrhagie n'était pas le résultat d'une rétention.

Les selles, décolorées au début, étaient dues à des aliments gras, non digérés; les selles rubanées à la compression du gros intestin; les vomissements à celle du duodénum.

Les indications opératoires étaient les suivantes : tenter l'extirpation du kyste ou faire l'incision suivie du drainage.

Comme les statistiques nous enseignent que la première de ces opérations est des plus périlleuses et que tous les cas traités ainsi ont été suivis de mort, on se décida à faire l'incision et le drainage.

Opération le 30 décembre 1887.

Incision de 12 centimètres, sur la ligne blanche entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde; ouverture du péritoine et division verticale du ligament gastro-colique, qui est épaissi et très vasculaire. Le kyste est situé sous ce ligament. Sa surface est lisse, de couleur bleuâtre.

Suture du kyste à la plaie aux deux angles, puis ponction avec le gros trocart de Spencer-Wills.

Après avoir vidé le contenu, on élargit le trou de la ponction et on suture le kyste aux téguments abdominaux.

On retire 10 litres de liquide rouge, foncé, visqueux.

La surface interne du kyste est lisse, de couleur blanc jaunâtre et a peu de tendance à saigner. La paroi du kyste se rétracte très vite, de telle sorte qu'on ne peut au moment de l'opération préciser son siège exact. Tamponnement iodoformé de la poche. Pansement au sublimé.

Suites simples. Guérison par deuxième intention sans incident. Apyrexie. Température maxima le deuxième jour, 38° le soir. Pas de douleurs.

Le patient a repris depuis l'opération. A l'heure actuelle on constate dans l'abdomen une bride très épaisse qui correspond à la poche suturée.

L'examen chimique du liquide kystique, fait par le professeur V. Nencki, ne révèle rien de caractéristique. Il ne digère pas l'albumine, mais transforme l'amidon en sucre.

OBSERVATION XXXVII

*Riedel. Extirpation d'un kyste pancréatique. Mort.*

In Centralblatt f. Chir. 1885, supplément au n° 24, p. 77.

Femme de 46 ans. Il y a neuf ans, elle s'est aperçue pour la première fois de la présence d'une tumeur dans la région supérieure de l'abdomen. L'accroissement de la tumeur, lent au début, progressa dans les derniers temps très rapidement au point de remplir actuellement la presque totalité de l'abdomen. Elle est nettement fluctuante.

La patiente ayant prétendu que la tumeur s'était accrue de de bas en haut, Riedel diagnostiqua un kyste ovarique.

Au cours de la laparatomie, faite quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital on trouva le côlon transverse placé juste au-dessus de la symphyse pubienne.

L'énucléation de la tumeur ponctionnée fut aisée et se fit avec peu d'hémorrhagie; elle est située sous l'estomac au niveau des vertèbres. Dans cette région, l'hémorrhagie fut plus abondante et nécessita plusieurs ligatures.

Mort le cinquième jour, après avoir présenté des signes de péritonite légère.

*Autopsie.* — Adhérences récentes de quelques anses intestinales. On retrouve une ligature placée autour d'une petite portion du pancréas.

Le kyste extirpé se compose d'une poche épaissie, qui ne présente à sa surface interne que quelques rares nodosités. Au point de vue histologique, la paroi externe du kyste se com-

pose partout de tissu conjonctif, sa surface interne est tapissée d'une rangée de cellules analogues à celles que l'on trouve dans le pancréas. A tout prendre il s'agit de tissu pancréatique, de plus en plus comprimé par le développement du kyste. La structure des nodosités rappelle celle des végétations adénoïdes, on y rencontre des cavités grandes et petites, tapissées d'épithélium cylindrique.

#### OBSERVATION XXXVIII

*Salzer, Fritz, (Billroth). Zur Diagnostik der Pancreascyste* Prager Zeitschr. f. Heilkunde, 1886, n. 1 p. 1-25.

Une jeune fille de 33 ans, vierge, s'aperçoit pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, dont elle a été affectée il y a quinze ans, de la présence d'une tumeur grosse comme un œuf d'oie, située au-dessus de l'ombilic. Au bout de quelques semaines cette tumeur disparaît, pour redevenir apparente quatre ans plus tard.

Grosse comme le poing à cette époque, elle se développa peu à peu et atteignit au bout de quelques années les dimensions d'une tête d'enfant.

*Symptômes.* — Douleurs de rein, d'estomac, vomissements bilieux. La tumeur occupe assez exactement le milieu de l'abdomen. Elle est sphérique, lisse, fluctuante, mobile latéralement à gauche et à droite. Entre la tumeur et l'appendice exiphoïde existe une large zone tympanique.

La matité de la rate et du rein est normale.

*Diagnostic.* — Kyste ovarique.

*Laparotomie.* — L'épiploon passablement adhérent et placé au devant de la tumeur, est incisé; celle-ci mise à nu, est très adhérente aux parties voisines: en avant au ligament gastro-colique, qui est étalé au devant du kyste.

Le côlon transverse refoulé par la tumeur se trouve situé derrière la symphyse; il masque toutefois d'une façon très complète la partie inférieure du néoplasme. Après avoir libéré le côlon, on constate que le kyste adhère au mésocôlon. L'extirpation du kyste est faite à travers la boutonnière de l'épiploon, avec de grandes difficultés, tant les adhérences sont intimes et la paroi du kyste friable.

Ligature d'une grosse veine très adhérente à la surface de la tumeur; cette veine doit être une anastomose entre la mammaire interne et une artère lombaire. Il n'y a pas de pédicule; l'extrémité supérieure de la tumeur se prolonge derrière l'estomac à une certaine distance.

Pas de drainage. Suture à étages.

Mort le sixième jour.

*Autopsie.* — Péritonite suppurée. Au niveau du point d'implantation du kyste, on découvre le pancréas, sectionné transversalement derrière sa tête et à ce niveau le vaisseau lié dont il a été question plus haut et qui n'est autre que l'artère et la veine splénique.

Une partie de la queue du pancréas existe à l'état de bride de 5 centimètres de longueur.

Rate doublée de volume: pulpe brun foncé.

Le contenu du kyste est un liquide brunâtre, renfermant de la séro-albumine et de la globuline. Pas de métalbumine. Il n'a pas de propriétés diastatiques; ne réagit pas sur l'albumine.

La paroi postérieure du kyste est formée en majeure partie

de substance pancréatique ; ses autres parties de tissu conjonctif pauvres en cellules, en partie crétiifiées et pourvues d'amas de pigment brunâtre. La surface interne du kyste, lisse, dépourvue d'épithélium est tapissée de cloisons saillantes en forme de peigne.

#### OBSERVATION XXXIX

Koatz. *Opération d'un kyste pancréatique par l'incision, la suture et le drainage au cours d'une grossesse. Dissertation Marlang 1886.*

Femme de 36 ans, ayant accouché huit fois.

Depuis huit ans, alors qu'elle avait déjà trois enfants, elle remarque que son ventre grossit. L'abdomen est le siège d'une tumeur cystique s'étendant jusqu'au rebord des côtes.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide brun, d'une densité de 1020.

*Diagnostic.* — Kyste ovarique avec contenu sanguinolent, par suite probable de torsion du pédicule.

*Laparatomie* le 14 janvier 1885. — La tumeur est située derrière l'épiploon et adhère aux intestins en plusieurs points. L'extirpation en paraît impossible ; on referme le ventre. Après seize jours, le kyste se reproduit. On fait une nouvelle ponction et on retire deux litres et demi d'un liquide analogue au premier.

Vers la fin de 1885 le ventre augmente de nouveau de volume.

En mars 1886, nouvelle grossesse avec développement considérable du kyste.

Ahlfed tente, après résection d'une grande partie de l'épiploon de faire l'extirpation du kyste. L'opération reste inachevée. Suture du kyste aux téguments après incision. Drainage. Suites favorables au début, puis après sept semaines, mort de péricardite.

*Autopsie.* — Péricardite séro-fibrineuse : pyélonéphrite, œdème pulmonaire ; hypertrophie de la rate. La portion du kyste non extraite est en rapport très intime avec la queue du pancréas, qui avait été attirée jusque tout près du bord supérieur de la plaie et fixée en cet endroit.

L'examen microscopique de la paroi du kyste faite par le professeur Marchand, démontre la présence de restes de glandes acineuses à la surface extérieure de la paroi. Le kyste s'est par conséquent, développé dans l'intérieur d'un lobule glandulaire, probablement dans une glande pancréatique accessoire.

#### OBSERVATION XL

*Annandale. Cas de kyste pancréatique, guérison incision et drainage.* Brit. Médic. Journ. 1889, 8 juin.

Mme A... S..., 47 ans, entrée à la Royal Infirmary d'Edimbourg le 16 avril 1885. Elle ne peut dire depuis combien de temps elle est souffrante ; peu de temps avant son admission, elle avait ressenti une sensation anormale de réplétion à l'épigastre. Jusque-là elle avait toujours été bien portante.

A l'examen on constate une tumeur de l'épigastre, empiétant sur l'hypocondre droit. Fluctuation nette et pulsation, mais pas de mouvement d'expansion. La région lombaire ne bombe pas. Foie normal. Autres organes sains.

Le diagnostic flotte entre les affections suivantes : tumeur cystique du mésentère, ascite de l'arrière-cavité des épiploons, anévrysme abdominal ou kyste du pancréas.

Le 26 avril 1885. — Annandale ponctionne le kyste et retire 30 onces de liquide sanguinolent, contenant des globules rouges et quelques cellules épithéliales. Le docteur Bramwell, anatomo-pathologiste de l'infirmierie, déclare que ce liquide a de la ressemblance avec le suc pancréatique et qu'il émulsionne la graisse et les huiles.

Le kyste ne se reproduit pas. Exeat le 28 avril.

La malade se porte bien jusqu'au 20 mars 1886, époque à laquelle elle entre à l'hôpital pour la deuxième fois. Etat général bon ; pas de maladie autre.

Abdomen proéminent à la partie supérieure ; à la palpation on reconnaît une grosse tumeur fluctuante, occupant l'épigastre, les deux hypochondres et la région sus-ombilicale.

Son extrémité inférieure atteint l'ombilic. A la percussion le son est tympanétique tout autour, mais pas sur la tumeur.

Les pulsations de l'aorte sont facilement perçues.

Le 2 mars 1886. — *Opération.* — Incision de la ligne blanche sur la tumeur, qui apparaît bientôt ; sa poche est épaisse et indurée.

Quoique ses attaches profondes ne puissent être exactement délimitées, on suppose que la tumeur a son origine dans le pancréas. Suture du kyste à la paroi et pansement antiseptique.

Le 1<sup>er</sup> avril. — Les adhérences étant établies, on ponctionne le kyste, puis on l'incise et on y place un gros tube.

Environ 110 onces de liquide fortement coloré s'en échappent.

Le suintement continue jusqu'au 8 avril ; à cette époque le

tube est raccourci. Le suintement diminue graduellement ; injections de teinture d'iode dans la fistule.

Lorsque la malade quitta l'hôpital, le 11 mai, il n'y avait plus d'écoulement. Santé florissante.

#### OBSERVATION XLI

##### *Zur Operation der Pancreascysten.*

*Küster.* In Berlin klin. Wochenschr., 1397, n. 9.

Homme de 46 ans, entré le 15 juillet 1886 à Augusta-Hospital de Berlin.

Il y a huit ans, il fit une chute sur le dos dont il se remit assez vite.

En 1885, cardialgies fréquentes qui se dissipèrent. Lors de sa dernière crise, son médecin habituel le trouva sans pouls, avec un ventre tympanisé et douloureux. Quelque temps après se déclara une inflammation de l'estomac et des intestins, qui força le malade à garder le lit pendant plusieurs mois jusqu'en février 1886.

En mars 1886, nouvelle crise de cardialgie ; dès la deuxième crise on avait remarqué une tumeur à l'épigastre, que l'on prit pour une hypertrophie du foie.

Le malade alla faire une cure à Carlsbad, il en revint fortement amaigri. Sa tumeur n'avait fait qu'augmenter de volume. On diagnostiqua un kyste hydatique du foie et on l'adressa à Küster, qui partagea tout d'abord cet avis.

A un examen approfondi, il reconnut que la tumeur faisait une forte saillie, lorsque le malade était debout. L'attitude du patient était celle d'une femme enceinte.

La tumeur était animé de pulsations. Il n'y avait pas d'anévrysme. La percussion, le malade étant debout, démontra qu'il n'y avait aucun rapport entre la tumeur et le foie ; une zone sonore de deux travers de doigt séparait ces deux organes.

Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur évacue un liquide trouble, jaune-rougeâtre, riche en albumine, avec des globules sanguins et quelques globules granuleux.

Par le trou de la ponction, une certaine quantité de liquide pénétra dans le péritoine et entraîna des symptômes de péritonite.

Lorsqu'ils se furent calmés, on pratiqua la dilatation artificielle de l'estomac et l'on constata que celui-ci venait se placer devant le kyste.

Ce symptôme et l'examen microscopique du liquide permirent de diagnostiquer un kyste du pancréas. Ce ne pouvait, en effet être :

1° Qu'un anévrysme de l'aorte abdominale ou d'une de ses branches. Mais ce genre de tumeur était exclu par la nature des pulsations et le contenu du kyste, attendu que dans les anévrysmes il n'y a pas de globules graisseux ;

2° Un kyste de la capsule surrénale ; mais les kystes de ce volume ne se rencontrent pas dans la capsule du rein ;

3° Un échinocoque du péritoine ; mais la nature du liquide est différente dans ces kystes ;

4° Un kyste lymphatique. Ici encore le contenu du kyste et l'examen microscopique se permettaient pas d'admettre cette hypothèse.

*Opération* le 20 juillet 1886. Incision à partir de l'appendice xiphoïde jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le kyste est situé derrière le ligament gastro-colique, qu'on in-

cise transversalement. Evacuation par la ponction de 2 litres et demi de liquide sanguinolent. Incision large du kyste et suture de ses bords aux téguments. Sa paroi interne, lisse, se continue jusqu'aux vertèbres. Pansement et tamponnement avec gaze iodoformée.

Le contenu du kyste renferme 3 0/0 d'albumine; il transforme l'amidon en sucre et émulsionne les graisses.

Suites favorables. Le 20 août, il n'y a plus qu'une fistule le malade a augmenté de 40 livres dans l'espace de quelques semaines, malgré une albuminurie et une polyurie passagères.

#### OBSERVATION XLII (résumée).

##### *Filipow. Observation de kyste pancréatique.*

Ce kyste fut observé chez une femme de 65 ans qui possédait depuis trois ans une tumeur indolente à l'épigastre. Un peu d'ictère.

*Opération.* — Suture de la poche à la paroi abdominale.

Adhérences nombreuses et étendues.

Sortie le dix-huitième jour avec une petite fistule.

#### OBSERVATION XLIII (résumée)

##### *Ochsner. Kyste du pancréas traité avec succès par l'incision, la suture et le drainage en un temps.*

Femme de 24 ans. Masurpialisation. Cicatrisation définitive en seize semaines.

OBSERVATION X LIV (résumée).

*F. Trèves. On a case of cist. of the pancreas.*

Homme de 40 ans. Kyste masurpialisé. Les renseignements précis manquent. On a constaté une pigmentation brune du visage.

Guérison en un an. Disparition de la pigmentation.

OBSERVATION XLV (résumée).

*Wolfler. Diagnostic et traitement des kystes du pancréas.*

Observation intéressante par suite de la présence d'un ictère avec gastro-entérite. Le kyste volumineux présente une fluctuation vague. Il y avait une zone de sonorité entre le foie et la tumeur.

L'opération donne issue à cinq litres de liquide. La poche est suturée au péritoine pariétal puis à la peau.

Drainage. Gangrène d'une partie de la poche et cependant guérison complète en neuf semaines.

Le liquide était une sérosité rougeâtre, trouble, à réaction neutre, riche en albumine, transformant l'amidon en sucre mais n'émulsionnant pas les graisses.

OBSERVATION I X V I (résumée).

*Tremaine. Kyste du pancréas traité par l'incision  
et la suture en un temps. Guérison*

Le kyste s'était rompu dans le péritoine. Fermeture complète de l'abdomen, mais bientôt reproduction du kyste. On fit alors la marsupialisation et la guérison fut obtenue en trois mois. Le pourtour de la plaie s'était excoriée sous l'action du suc pancréatique.

OBSERVATION L X V I I (résumée).

*Karewsky. Deux observations de kyste du pancréas:*

OBS. I. — Tumeur volumineuse au-dessous de laquelle passe le colon. Ponction explorative affirme diagnostic. Excoriation de la plaie après la marsupialisation.

Guérison complète en un mois.

Le liquide transforme amidon en sucre mais n'émulsionne pas la graisse.

OBS. II. — Observation qui n'est intéressante que par la digestion très étendue de la cicatrice abdominale.

OBSERVATION XLVIII (résumé).

*Riegner. Kyste pancréatique diagnostiqué. Opération en un temps. Guérison.*

Jeune fille de 23 ans, qui était tombée d'une assez grande hauteur. Une tumeur volumineuse se développa progressivement accompagnée d'un peu d'ictère.

Un ponction explorative donna issue à un liquide alcalin, d'un brun rougeâtre, contenant de la graisse et des globules rouges émulsionnant les graisses et saccharifiant les amylacés.

Marsupialisation de la poche et un mois après guérison à peu près complète. Il ne reste plus qu'une petite plaie bourgeonnante qui se cicatrice en entonnoir peu après. Pas d'éventration.

## CONCLUSIONS

1° L'étiologie et l'anatomie-pathologique des kystes glandulaires du pancréas ne nous permet pas de conclure qu'il n'existe que des kystes de même nature. Nous croyons sans doute à l'existence de kystes épithéliomateux, mais nous ne pouvons croire qu'ils soient les plus fréquents, a fortiori qu'ils soient les seuls.

2° Il n'existe pas de symptômes absolument caractéristiques des kystes glandulaires du pancréas. Aussi est-il pour ainsi dire impossible de poser un diagnostic clinique certain ; seule l'intervention chirurgicale permet de le faire.

3° Le traitement des kystes pancréatiques qui nous semble sinon le plus rationnel, du moins le plus prudent, est la marsupialisation de la poche kystique et le drainage ; ce traitement a donné de nombreuses guérisons définitives. L'extirpation totale des kystes est dans la majorité des cas impossible ; elle est toujours difficile et dangereuse.

---

Vu : le Président de la thèse  
A. LE DENTU

Vu par le Doyen de la Faculté  
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADOUE. — Thèse de Bordeaux, 1887.
- AGUEW. — Pancreatic cyst remonat by laparotomy Recovery (Univ. Med. Philadelphia).
- ANGER (Th.). — Société anatomique, 1865.
- ARNOZAN. — Article Pancréas. Dict. Dechambre.
- ASHURST. — Large suppurating cyst of the pancreas. Pancreatotomy Recovery (Med. News, Philadelphia, 1894, LXIV, p. 377).
- BARNETT. — Pancreatic cyst. with note of a case (New Zealand M. D. Druedin, 1873, p. 258-266).
- BAS. — Th. de Lyon, 1877.
- BÉCOURT. — Thèse de Strasbourg, 1830.
- BIONDI. — Contributo clinico e sperimentale alla chirurgia del Pancreas (Rev. clin. chir. di cagliari).
- BECKEL. — Chirurgie du Pancréas. Des kystes Pancréatiques, 1871.
- EONAMY. — Thèse Paris 1879.
- BROCKMANN. — Pancreatic cyst. (Omaka Clinics, 1893, VI, p. 260.
- Pancreatic cyst. Report of a case (Trans. Iowa med. Society; Omaka, 1893, XI, 79).

CARTLEDGE. — Cyst of pancreas (Louisville, mars 1895, 6. 11. p. 401).

CATHCART. — A case of traumatic cyst of pancreas. Rupture after hypodermise puncture Laparotomy. Recovery (Trans. med. clin. Society Edimbourg, 1889-1890).

CHURTON. — A case of pancreatic cyst. With diabetes Incision of cyst. Remarks on treatment of pancreatic cyst. (Trans. clin. Society : London, XXVII, 245).

CIBERT. — Gros kyste glandulaire de la queue du pancréas. Ablation complète, guérison. Gazette des hôpitaux, (1896, p. 347).

CORNIL. — Société anatomique, 1863, Hist. pathologique, 1876.

CRUVEILHER. — Anatomie pathologique. T. III, p. 365.

DORAN (Alban). — Soc. Méd. Londres (in Bulletin méd., 19 janvier 1898).

EVE. — Surgery of the pancreas, With report of a case (Med. and surg. Report Philadelphia, LXXVI, 583).

FAUCILLON. — Kystes séreux du pancréas. Th. de Paris. 1892.

FINOTTI. — Zwei Falle von Pancreaskysten. Operation und Heilung (Wien. Klin. Wochens.).

FILIPPI (DE). — Cisti ematica del Pancreas (Clin. chir. Milanese, 1894).

FISHERI. — Traumatic subperitoneal peritonitis and cysts of the pancreas (Lancet, 1894, I, p. 201).

FONROSE. — Pancreatic cyst (Annals of Surg. Philadelphia, 1897, T. XXV).

GARRIGUES. — Med. Record. New York, 1882, p. 286).

- GENERSICH. — Produits pathologiques des kystes du Pancréas (Orvosi Sel ; Budapest, 1897, XLI).
- GIFFEN. — Cyst of pancreas. Abdominal section. Recovery (Med. news ; Philadelphia, 1893, LXII, 626).
- GUSSENBAUER. — Zur Casuistik der Pancreaskysten (Prog. med. Wochens. 1894, XIX, 16-29).
- HAGENBACH. — Thèse de Leipzig, 1887.
- HAHN. — Centralblatt für Chir., 1886.
- HARTMANN. — Note sur les kystes du pancréas (Congrès français de Chirurgie, Paris, 1891, p. 618).
- HEDON. — (Arch. de Méd. expérim., juillet 1891).
- HEINRICIUS. — Etude des kystes et Beneto kystes pancréatiques (Arch. für Klin. Chir., 1897).
- HERMANN. — Zur Casuistik der Pancreaskysten (Deutsche Zeitschs. Berlin, 1895, XXIV, 473).
- HERSCHE. — Operation eines Pancreaskysten (Wien. Klin. Woch., 1892, p. 227).
- HONOCKS. — A case of pancreatic cyst associated with glycosurie and gallstones. Recovery (Lancet, London, 1897, p. 242).
- HULKE. — Pancreatic cyst (Brit. med. Journ. London, 1892), p. 1234).
- KLIN. — Rundschau Wien., 1893, p. 169.
- KOATZ. — Thèse de Marbourg, 1886.
- KOCHER et LARDY. — Corres. Blatt für schw. Aerzte, 1888.
- KUHNAST. — Thèse de Breslau, 1889).
- KULENKAMPFF. — Berl. Klin. Woch., 1882.
- KUSTER. — Berl. Klin. Woch., 1887.
- LE DENTU. — Société anatomique, 1865.
- LITH. — Ruptures of the Pancreas (Lancet. London, 1895, p. 790).

- LITTLEWOOD. — Traumatic cysts of pancreas (Brit. med. journal, 1892).
- MAC BURNEY. — Cysts of the Pancreas (Anals of Surg, Philadelphia, 1894, XIX, p. 492).
- MACKINTOSH. — Lancet, 24 oct. 1896, p. 1149).
- MARTIN. — Virchow's Archiv für pathol. Anat., 1890.
- MARTIN et MORISSON. — A case of pancreatic cyst.(Edimbourg med. Journ., 1893, p. 35).
- MASSERON. — Thèse de Paris, 1882.
- MATHIEU. — Traité de Méd., Charcot-Bouchard, IV.
- MAYS. — Pancreatic cyst. Med. Rec. New York, 1894, p. 168.
- MIKHAILOW. — Cysts of the pancreas (Wratch. Zapisky. Moscou, 1895, p. 220).
- MINKOWSKY et VON MERING. — Communic. à la Société des natur. et méd. de Strasbourg, 1889.
- MINKOWSKI. — Zur Diagnostic der abdom. Trim. Berl. Klin Woch. et Revue de Hayem, 1888.
- NIMIER. — Revue de Chir., 1893. T. III, p. 617-757-1007.  
— Revue de Chir., 1894, p. 88-94.
- PHULPIN. — Bulletin Soc. Anat., 1892, p. 9.
- PITT et JACOBSON. — A. case of pancreatic cyst success. fully treated by abdominal section and drainage (Méd. chir. trans. ; London 1890, LXXIV, p. 455-483).
- PLAISCHLEN. — Ein Fall von Pancreaskysten (Zeitschr. f. Geburt. und. Gynæk). Stuttgart, 1893, XXVIII, 93. 227.
- PONCET. — Gazette des hôpitaux, 19 mars 1896.
- QUÉNU. — Article Pancréas du Traité de Ch. T. VII, p. 175 et suiv.

- RAILTON. — A case of pancreatic cyst. in an infant. (Brit. medic. Journ. 1896, II, p. 1318.
- RAMSAY, — Large cyst. of the pancreas treated by lateral incision and drainage. Recovery (Ann. surg. Phil. 1895, XXII, p. 376).
- REEVE. — A case of pancreatic cyst. (Ann. surg. Philadelphia 1893, XVIII, p. 358).
- RICHARDSON. — Pancreatic cyst. apparently cured by incision and drainage. Recurrence. Perforation of stomach Death Autopsy (Boston med. and surg. Journal, 1892, CXXVI. 422).
- Cyst. of pancreas treated by laparotomy and drainage. Recovery (Boston med. surg. J. 1891, CXXIV p. 3).
- RIEDEL. — Langenbesck's Archiw. f. klin. Chir., 1885.
- ROTGAU. — Pancreacysten (Nedel. Tijdschr. v. Geneesk., Amsterdam, 1892).
- SALZER. — Prager Zeitschrift f. Heilkunde, 1886.
- SCHRÖDER. — Arch. génér. de Médec., 1892.
- SCHRÖDER (Hugo). — Beitrag zur Diagnos. und Therap. der Pancreaskysten (Berlin, 1892).
- SCHWARTZ. — Un cas de kyste du pancréas (Sem. Médicale, 1893).
- SENDER. — Deutsch. Zeitschr. f. Chir., 1896, vol. XLVI, p. 329  
— Zur Path. und Chir. des Pancreas (Deuts. Zeitsch. f. Chir. Leipzig, 1896, XLIV, p. 329-345).
- SENN. — The surgical treatment of cyst. of the pancreas (Amer. Journ. of medic. Sciences, juillet 1885, p. 17 et 1886).
- SHATTOCK. — Calculi of calcium oxalate pour a cyst. of the

pancreas (Path. and Bacter. Edinb. and London, 1896-1897, IV, 219.

STAPPER (Julius). — Beitrag zur Diagnos. der Pancreaskysten Bonn,, 1892.

STIEDA. — Eine Pancreaskyst (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat., 1893, p. 449-454.

STEELE. — The Chicago med. Journ. and Examiner, 1888.

STILLER. — Fall eines Pancreaskyste (Med. Press. Budapest, 1892.

— Ueber einen Fall von Pancreaskyste (Allg. Wien. med. Zeit., 1892, XXXVI, p. 271.

SWAIN. — Pancreatic cyst. Effusion creso the peritoneal cavity (Brit. med. Journ., 1893, p. 456.

SWITZLER. — Beitrag zur Casuistik der Pancreaskysten (Intern. Klin. Runds Wien, 1893, VII, p. 169-173.

THIROLOIX et DU PASQUIER. — Bull. de la Société Anat., 1892,

THORN. — Cysta pancreatis. Laparotomy (Hygia, Stockholm. 1896, LVII, p. 2-315).

TILLAX. — Chirurgie clinique. T. II, p. 169 et suiv.

TILGER. — Beitrag zur pathologischen Anatomie. Etiologie der Pancreaskysten (Archiv. f. pathol. Anat., Berlin. 1884, CXXXVIII, p. 348).

TRICONI. — Le cisti del pancreas (Gaz. d. Osp. Milano, 1892, XIII, 894. 897.

— Cisti del pancreas. Operazione in un tempo Guarizione (Bull. di Clin. ; Milano, 1894, XI, p. 45-52.

TURNER. — A case of pancreatic cyst. treated by operation (Lancet. London, 1896, II, p. 25.

VERGEZ. — De l'extirpation totale des kystes du pancréas (Journal de Méd. de Bordeaux, 24 nov. 1895.

VIRCHOW. — Ueber Ranula pancreatica (Berlin. klin. Wochens, 1887, n° 14.

WEISS. — Pancreatic cysts from a calculous origin., removed by macipulations (Med. Record. New-York, 1893, XLIX, p. 801-803).

WEISS. — Med. Record, 23 décembre 1893, p. 801.

WILDL (DE). — En geval van pancreas kyste (Nederl. Tijdsch (v. Geneesk. Amsterdam, 1892, 2, XXVIII, p. 2-275-207.

ZUKOWSKI. — Wiener med. Press., 1881.

ZWEIFEL. — Extirpation einer Pancreaskyste. Heilung der kranken (Centralbl. f. Gynœk. Leipzig, 1894, XVIII, p. 641.

## TABLE DES MATIÈRES

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| Introduction .....                       | 9   |
| Définition. Historique.....              | 13  |
| Etiologie. Pathogénie.....               | 17  |
| Anatomie pathologique .....              | 21  |
| Symptômes.....                           | 27  |
| Marche. Terminaisons. Complications..... | 37  |
| Diagnostic.....                          | 40  |
| Pronostic.....                           | 48  |
| Traitement.....                          | 49  |
| Observations.....                        | 53  |
| Conclusions.....                         | 171 |
| Index bibliographique.....               | 172 |





